

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1933

N° 428

**THÈSE**  
**POUR LE**  
**DOCTORAT EN MÉDECINE**  
(Diplôme d'État)

PAR

*Charles*

**Docteur Ch. NAHON**

*Ancien Externe des Hôpitaux de Paris*

*Né le 12 Juin 1905 à Sidi-Bel-Abbès (Dép. d'Oran)*

**HEMORRAGIES**  
**par**  
**INSERTION VICIEUSE**  
**DU PLACENTA**

**Etude Statistique et critique des cas observés à la Maternité  
de Saint-Antoine de 1925 à 1932**  
(Service du Prof. Agrégé LEVY-SOLAL)

Président : M. COUVELAIRE, Professeur

LES ÉDITIONS VÉGA  
43 Rue Madame 43  
PARIS  
1933



**THÈSE**  
**POUR LE**  
**DOCTORAT EN MÉDECINE**  
(Diplôme d'État)

PAR

**Docteur Ch. NAHON**

*Ancien Externe des Hôpitaux de Paris*

*Né le 12 Juin 1905 à Sidi-Bel-Abbès (Dép. d'Oran)*

---

**HEMORRAGIES**  
**par**  
**INSERTION VICIEUSE**  
**DU PLACENTA**

**Etude Statistique et critique des cas observés à la Maternité  
de Saint-Antoine de 1925 à 1932**

(Service du Prof. Agrégé LEVY-SOLAL)

---

Président : M. COUVELAIRE, Professeur

---

LES ÉDITIONS VEGA  
43 Rue Madame 43  
PARIS  
1933



# FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

---

LE DOYEN. . . . . M. BALTHAZARD

## I. — PROFESSEURS

|                                                               | MM.                |
|---------------------------------------------------------------|--------------------|
| Anatomie .....                                                | ROUVIÈRE.          |
| Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale ..... | PROUST .           |
| Physiologie .....                                             | BINET.             |
| Physique médicale .....                                       | STROHL.            |
| Chimie médicale .....                                         | DESGREZ.           |
| Bactériologie. ....                                           | DEBRÉ.             |
| Parasitologie et histoire naturelle médicale.....             | BRUMPT.            |
| Pathologie et thérapeutique générales.....                    | BAUDOUIN.          |
| Pathologie médicale .....                                     | CLERC.             |
| Pathologie chirurgicale .....                                 | MARION.            |
| Anatomie pathologique .....                                   | ROUSSY.            |
| Histologie .....                                              | CHAMPY.            |
| Pharmacologie et matière médicale.....                        | TIFFENEAU.         |
| Thérapeutique .....                                           | LOEPER.            |
| Hygiène et médecine préventive .....                          | TANON.             |
| Médecine légale.....                                          | BALTHAZARD.        |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie.....               | LAIGNEL-LAVASTINE. |
| Pathologie expérimentale et comparée.....                     | FIESSINGER.        |
| Hydrologie thérapeutique et climatologie.....                 | Maurice VILLARET   |

|                                                                        |                                                                                |
|------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| Clinique médicale .....                                                | CARNOT.<br>BEZANÇON.<br>ACHARD.<br>Marcel LABBÉ.<br>LEREBoullet.<br>NOBÉCOURT. |
| Hygiène et clinique de la première enfance.....                        |                                                                                |
| Clinique des maladies des enfants.....                                 |                                                                                |
| Clinique des maladies mentales et des maladies de<br>l'encéphale. .... | H. CLAUDE.                                                                     |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques..                      | GOUGEROT.                                                                      |
| Clinique des maladies du système nerveux.....                          | GUILLAIN.                                                                      |
| Clinique des maladies infectieuses.....                                | LEMIERRE.<br>LENORMANT.                                                        |
| Clinique chirurgicale .....                                            | CUNÉO.<br>GRÉGOIRE.<br>GOSSET.                                                 |
| Clinique ophtalmologique .....                                         | TERRIEN.                                                                       |
| Clinique urologique.....                                               | LEGUEU.                                                                        |
| Clinique d'accouchements .....                                         | COUVELAIRE.<br>BRINDEAU.<br>JEANNIN.                                           |
| Clinique gynécologique .....                                           | J.L. FAURE.                                                                    |
| Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....                     | OMBRÉDANNE.                                                                    |
| Clinique thérapeutique médicale.....                                   | RATHERY.                                                                       |
| Clinique oto-rhino-laryngologique .....                                | LEMAITRE.                                                                      |
| Clinique thérapeutique chirurgicale.....                               | Pierre DUVAL.                                                                  |
| Clinique propédeutique .....                                           | SERGEANT.                                                                      |
| Clinique de la tuberculose.....                                        | Léon BERNARD.                                                                  |
| Professeur sans chaire .....                                           | HOVELACQUE.<br>MAUCLAIRE.<br>MULON.<br>VERNE.                                  |

## II. — AGREGES EN EXERCICE

### MM.

|                          |                            |
|--------------------------|----------------------------|
| ALAJOUANINE. .           | Neurologie et Psychiatrie. |
| CHAILLEY-BERT            | Physiologie.               |
| AUBERTIN . . .           | Pathologie médicale.       |
| BÉNARD (H.) . .          | Pathologie médicale.       |
| SANNIÉ . . . . .         | Chimie biologique.         |
| BROCQ . . . . .          | Pathologie chirurgicale.   |
| BRULÉ . . . . .          | Pathologie médicale.       |
| BUSQUET . . . .          | Pharmacologie.             |
| CADENAT . . . .          | Pathologie chirurgicale.   |
| CATHALA . . . .          | Pathologie médicale.       |
| CHABROL . . . .          | Pathologie médicale.       |
| CHEVALLIER . .           | Pathologie médicale.       |
| DE GAUDART D'ALLAINES. . | Pathologie chirurgicale.   |
| DOGNON. . . . .          | Physique.                  |
| DONZELOT. . . .          | Pathologie médicale.       |
| ECALLE . . . . .         | Obstétrique.               |
| FEY. . . . .             | Urologie.                  |
| GARNIER. . . . .         | Pathologie expérimentale.  |
| GASTINEL . . . .         | Bactériologie.             |
| GATELLIER. . . .         | Pathologie chirurgicale.   |
| GIDOUD . . . . .         | Histologie.                |
| HARVIER . . . .          | Pathologie médicale.       |
| HOVELACQUE . .           | Anatomie.                  |
| HUTINEL. . . . .         | Pathologie médicale.       |
| JOANNON . . . .          | Hygiène.                   |

### MM.

|                                    |                                 |
|------------------------------------|---------------------------------|
| JOYEUX . . . . .                   | Parasitologie.                  |
| LABBÉ (Henri).                     | Chimie biologique.              |
| LAROCHE (Guy)                      | Pathologie médicale.            |
| LEMAITRE . . . .                   | Oto-rhino-laryngologie.         |
| HUGUENIN. . . .                    | Anatomie pathologique.          |
| LEVEUF . . . . .                   | Pathologie chirurgicale.        |
| LÉVY-VALENSI . .                   | Neuro-psychiatrie.              |
| LIAN . . . . .                     | Pathologie médicale.            |
| HAZARD . . . . .                   | Pharmacologie.                  |
| MONDOR. . . . .                    | Pathologie chirurgicale.        |
| MOREAU. . . . .                    | Pathologie médicale.            |
| MOULONGUET. .                      | Pathologie chirurgicale.        |
| MOURE . . . . .                    | Pathologie chirurgicale.        |
| OBERLING . . . .                   | Anatomie pathologique.          |
| OLIVIER. . . . .                   | Anatomie.                       |
| PIÉDELIEVRE . .                    | Médecine légale.                |
| PORTES . . . . .                   | Obstétrique.                    |
| QUÉNU . . . . .                    | Pathologie chirurgicale.        |
| RICHTET . . . . .                  | Physiologie.                    |
| SÉZARY . . . . .                   | Dermatologie et syphiligraphie. |
| VALLERY-RADOT<br>(Pasteur) . . . . | Pathologie médicale.            |
| VAUDESCAL. . . .                   | Obstétrique.                    |
| VELTER . . . . .                   | Ophthalmologie.                 |
| VERNE. . . . .                     | Histologie.                     |
| VIGNES . . . . .                   | Obstétrique.                    |

## III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

### pour le Service des Examens

### MM.

|                  |                |
|------------------|----------------|
| LEQUEUX. . . . . | Obstétrique.   |
| NEVEU-LEMAIRE    | Parasitologie. |

### MM.

|                 |                        |
|-----------------|------------------------|
| RETERER . . . . | Histologie.            |
| ZIMMERN . . . . | Physique.              |
| LEROUX. . . . . | Anatomie pathologique. |

#### IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

| MM.          |                        | MM.            |                                     |
|--------------|------------------------|----------------|-------------------------------------|
| ABRAMI ..... | } Clinique médicale.   | CHEVASSU ..... | } Clinique chirurgicale.<br>(suite) |
| CHIRAY ..... |                        | HEITZ-BOYER..  |                                     |
| DUVOIR ..... |                        | MOCQUOT .....  |                                     |
|              |                        | SCHWARTZ ..... |                                     |
|              |                        | LE LORIER....  | } Clinique obstétricale.            |
| BASSET ..... | Clinique chirurgicale. | LEVY-SOLAL ..  |                                     |
|              |                        | METZGER. ....  |                                     |
|              |                        | GUÉNIOT.       |                                     |

#### V. — CHARGES DE COURS

|                                                |   |                                                                                                                                                   |
|------------------------------------------------|---|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| MM. MAUCLAIRE, professeur sans<br>chaire ..... | } | Chargé du cours de chirurgie orthopé-<br>dique chez l'adulte pour les accidentés<br>du travail, les mutilés de guerre et les<br>infirmes adultes. |
| FREY .....                                     |   |                                                                                                                                                   |
| CHAILLEY-BERT, agrégé ....                     |   | Stomatologie.                                                                                                                                     |
| LEDoux-LEBARD .....                            |   | Education physique.                                                                                                                               |
| WEIL-HALLÉ. ....                               |   | Radiologie clinique.                                                                                                                              |
|                                                |   | Puériculture.                                                                                                                                     |

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*



A LA MEMOIRE VENEREE DE MON PERE

A MA MERE

A MES FRERES JACQUES ET GASTON

*Qui ont tant fait pour moi.*

A MA BELLE-SOEUR

A MES NEVEU ET NIECE

AUX MIENS

A mon Président de thèse

M. le Professeur COUVELAIRE

Professeur de Clinique obstétricale

Membre de l'Académie de Médecine

Commandeur de la Légion d'honneur

*Qui m'a fait le très grand honneur  
d'accepter la présidence de cette thèse.*

*Hommage de respectueuse re-  
connaissance.*

A Mon Maître

M. le Professeur Agrégé LEVY-SOLAL

Accoucheur des Hôpitaux

Officier de la Légion d'honneur

*Qui m'a accueilli dans son service,  
avec la plus grande bienveillance, et  
dont l'enseignement clinique me fut si  
précieux.*

*En témoignage de ma vive gra-  
titude et de mon affectueux dé-  
vouement.*

A mes Amis

Le Docteur MAURICE MAYER

Ancien Interne des Hôpitaux

*Son aide affectueuse et très éclairée  
m'a été infiniment précieuse.*

Le Docteur HENRI HAIK

*Vieux compagnon de tous les jours,  
dont le dévouement fraternel, a su me  
faire supporter les dures épreuves.*

Le Docteur RENÉ QUENOUILLE

*Qui m'a accueilli parmi les siens, et  
dont j'admire les qualités de cœur et  
d'esprit.*

*Qu'ils trouvent ici le témoignage de ma recon-  
naissance émue, et de mon affectueux attache-  
ment.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

*Stage à Montpellier*

M. le Professeur RIMBAUD

M. le Professeur RICHE

M. le Professeur DUCAMP

M. le Professeur ESTOR

*Stage à Paris*

M. le Professeur WIDAL (*in memoriam*)

M. le Professeur MARFAN

*Externat à Paris*

M. le Docteur LAPOINTE (*in memoriam*)

M. le Docteur MOUCHET

M. le Professeur Agrégé LEVY-SOLAL

M. le Docteur LORTAT-JACOB (*in memoriam*)

M. le Docteur APERT

M. le Docteur LE MEE

A MES AUTRES MAITRES ET CONFERENCIERS

M. le Docteur CLEISZ, Accoucheur des Hôpitaux,  
M. le Docteur DALSACE, MM. les Docteurs  
LOUVEL, JULIEN MARIE, DELAFONTAINE,  
FREDET, BERGOUGNAN, PERRIN.

## INTRODUCTION

---

« Il est impossible, écrivait Pinard, il y a plus de 30 ans, de ne pas reconnaître aujourd'hui, que le chapitre le plus important de la pathologie de la grossesse, est celui qui a trait à l'insertion du placenta sur le segment inférieur de l'utérus. » (1)

La thérapeutique des accidents liés à cette anomalie d'insertion placentaire, est encore au premier plan de l'actualité. Il n'est pour s'en rendre compte, que de constater le nombre et l'ampleur des travaux consacrés, ces dernières années, à l'étude de la question.

Une étape importante semble avoir été franchie, grâce à l'introduction courante de la chirurgie en obstétrique. Pour beaucoup même, l'intervention chirurgicale a été considérée comme une méthode rapide et sûre, dont l'emploi presque systématique, en présence d'hémorragies importantes, liées à une insertion vicieuse du placenta, permettait d'assurer facilement la sauvegarde de la mère et de l'enfant. Les premières tentatives chirurgicales, faites en Allemagne surtout, suscitèrent de longs débats entre partisans des méthodes obstétricales classiques, et partisans de la méthode chirurgicale. Une littérature abondante et des rapports présentés dans différents Congrès, français et étrangers, témoignent de l'ardeur des discussions.

L'opinion généralement adoptée en France, fut exprimée par la voix du Professeur Couvelaire, aux Congrès de Berlin (1912) et de Paris (1921). Elle repoussait tout esprit systématique, et établissait la part de chaque thérapeutique, par une étude critique des conditions

---

(1) Progrès réalisés en Obstétrique : *Ann. de Gyn.* 1900.

anatomiques et cliniques particulières à chaque cas. Une large place était encore attribuée aux méthodes obstétricales classiques. A la chirurgie, étaient seulement réservés les cas plus complexes, où toute manœuvre par voie basse eût été imprudente et dangereuse.

Le caractère éclectique de cette doctrine, rend évidemment son application assez délicate : la difficulté consiste dans le choix judicieux de l'indication thérapeutique. Il n'est d'autre moyen, pour en apprécier la valeur pratique, que d'exposer en détail les résultats qu'elle a permis d'obtenir, dans les services où elle a été utilisée.

C'est dans cet esprit, que nous avons entrepris l'étude systématique de toutes les hémorragies par insertion vicieuse du placenta, observées à la Maternité de Saint-Antoine, depuis que ce service est dirigé par notre Maître M. le Professeur agrégé Lévy-Solal (1925).

Cette étude en « série continue », permet seule d'apprécier avec exactitude, les avantages réciproques des différents procédés qui furent mis en œuvre : Nous nous sommes efforcés de retrouver et de présenter toutes les caractéristiques cliniques qui ont présidé dans chaque cas, au choix de l'indication thérapeutique. Nous n'avons éliminé aucun cas, et notre statistique est intégrale et non expurgée. Nous tenons, avant l'exposé des résultats de nos recherches, à exprimer toute notre reconnaissance à M. le Professeur Lévy-Solal, pour la bienveillance qu'il nous a témoignée, et l'aide constante qu'il nous a apportée dans l'élaboration de ce travail.

Nous avons divisé notre étude en trois parties :

*Première partie.* — Etude statistique des Observations.

Dans un premier chapitre, nous exposons les résultats globaux obtenus pour les mères et les enfants, dans l'ensemble des cas traités. Puis dans les chapitres suivants, nous exposons les résultats, en ré-

partissant les hémorragies en trois groupes, suivant les méthodes utilisées.

Ch. II : Hémorragies traitées par la rupture artificielle des membranes.

Ch. III : Hémorragies traitées par les méthodes obstétricales complémentaires de la rupture artificielle des membranes.

Ch. IV : Hémorragies traitées par les méthodes chirurgicales.

*Deuxième partie.* — Etude critique des résultats.

Nous analysons dans trois chapitres, les méthodes utilisées, et nous essayons d'apprécier la valeur, et les avantages respectifs de chaque thérapeutique.

*Troisième partie.* — Les Observations. Nous donnons le compte rendu *in extenso* des Observations d'Hémorragies, qui nous ont paru avoir une importance spéciale : ce sont quelques observations d'hémorragies traitées obstétricalement, et la totalité de celles qui furent traitées chirurgicalement.

---



## PREMIÈRE PARTIE

### ÉTUDE STATISTIQUE DES OBSERVATIONS

#### CHAPITRE PREMIER

##### I. — La fréquence

Le nombre total des hémorragies qu'il a été possible de rattacher à une insertion vicieuse du placenta, s'élève à 145. Nous éliminons les cas d'hémorragies n'ayant nécessité aucun traitement actif, pour ne considérer que les cas d'insertion vicieuse du placenta, qui ont été justiciables d'une thérapeutique effective dirigée contre l'hémorragie. Réduite à ces cas, notre statistique porte sur

##### 81 HEMORRAGIES

On peut rapporter ce chiffre à la totalité des accouchements effectués pendant la même période : 1925-1932, soit 18.464, auxquels il faut ajouter 9.483 accouchements effectués chez les sage-femmes agréées, contrôlées par la Maternité de l'Hôpital Saint-Antoine, vers laquelle elles adressent tous leurs cas dystociques ; on trouve une fréquence relative de 81 cas sur 27.947, soit 2,89 0/00.

Cette fréquence est à peu près du même ordre que celle qui a été observée à la Clinique Baudelocque. Les résultats obtenus dans cette clinique nous fourniront du reste, un terme de comparaison, que nous allons utiliser à tous points de vue. L'enseignement que nous en tirerons est d'autant plus instructif, que la doctrine thé-

rapeutique dont on s'est inspiré à la Maternité de Saint-Antoine, est exactement celle qui est enseignée par les deux professeurs ayant occupé la chaire de Baudelocque : le Professeur Pinard et actuellement le Professeur Couvelaire.

Dans la statistique publiée par le Professeur Couvelaire, sur les cas traités à Baudelocque, de 1890 à 1910 on voit qu'il y eut 162 hémorragies sur 53.000 accouchements, soit 3,05 0/00.

La dernière statistique (thèse de Maurice Mayer), pour la période 1920-1931, donne un chiffre de fréquence à peu près analogue : 146 cas sur 41.228 accouchements, soit 3,54 0/00.

## II. — Les résultats maternels

Sur les 81 cas traités, il y a 5 décès, soit une mortalité de 4,8 0/0.

La mortalité par Placenta proevia, représente d'autre part 0,25 0/00 de la mortalité générale, pour l'ensemble des accouchements observés pendant la même période.

Les 5 décès sont attribuables à deux causes : l'anémie aiguë, responsable de 2 décès, l'infection qui en a entraîné trois.

La gravité réciproque de ces deux complications, est à peu près analogue, à celle qu'avait énoncé le Professeur Couvelaire dans son rapport de 1912. Il s'exprimait, en effet, de la façon suivante : « L'infection et la « violence au cours de l'évacuation de l'utérus, sont responsables des trois cinquièmes des cas de mort. Le « risque de mort par hémorragie paraît dans l'ensemble, beaucoup moins élevé que le risque de mort par « infection. »

Les deux décès, entraînés par l'anémie aiguë et le shock, sur 81 cas traités, donnent cependant une proportion de 2,7 0/0 de risque de mort par hémorragie, un peu plus élevée, que celle qu'avait donné le Professeur Couvelaire.

Dans cette mortalité globale, il convient d'établir maintenant, une discrimination tenant compte du mode

de traitement qui est intervenu suivant les cas. On arrive ainsi à trouver des chiffres de mortalité très différents. En observant la division en trois groupes que nous avons annoncée précédemment, on voit que la mortalité se répartit très inégalement de la façon suivante :

*Premier Groupe* : Hémorragies traitées par simple rupture artificielle des membranes :

1 décès sur 27 cas traités, soit une mortalité de 3,8 0/0.

*Deuxième Groupe* : Hémorragies traitées par les méthodes obstétricales complexes (Version, Ballon, Dilatation par « Delmas », Simpson) :

3 décès sur 40 cas traités. Soit une mortalité de 7,5 0/0.

*Troisième Groupe* : Hémorragies traitées par les méthodes chirurgicales :

1 décès sur 14 cas traités. Soit une mortalité de 7,8 0/0.

Il y a deux déductions très importantes à tirer de la comparaison de ces chiffres.

1° Les hémorragies justiciables de la simple rupture artificielle des membranes, sont certainement moins graves que celles des deux autres groupes. Nous pouvons considérer, que le chiffre de 3,8 0/0 est un chiffre élevé. Nous verrons du reste, que le décès qui entraîne cette mortalité relativement lourde, ne peut pas être mis au passif de la méthode ; il est uniquement attribuable à un choix peu judicieux de l'indication thérapeutique.

2° Les résultats obtenus par les méthodes chirurgicales et obstétricales complémentaires de la simple rupture large des membranes, sont très comparables. Les deux méthodes s'adressent en effet, ainsi que nous le verrons, à des cas à peu près analogues, dont la gravité est sensiblement égale, beaucoup plus importante que celle des hémorragies traitées par la simple rupture des membranes.

Les chiffres de mortalité que nous venons de donner sont tirés d'un nombre de cas trop peu important, pour qu'il nous soit permis de les considérer comme ayant un caractère de généralité. Nous ne les donnons qu'à titre indicatif. Ils nous paraissent, néanmoins, refléter d'une

façon très suffisante, la gravité véritable des différentes hémorragies justiciables d'un traitement effectif.

Les observations relatant les cas qui se sont terminés par un décès, peuvent être consultées à la fin de ce travail. Ce sont :

*Premier Groupe* (simple rupture des membranes) : Observation numéro 1568-1928.

*Deuxième Groupe* (méthodes obstétricales complexes) : Obs. n° 944-2079-1929. Obs. n° 1733-1932.

*Troisième Groupe* (méthodes chirurgicales) : Obs. n° 2305-1932.

### III. — Les résultats obtenus pour les enfants

Sur la totalité des 81 cas d'hémorragies traitées, il y eut 53 décès d'enfants. Il en résulte que la mortalité globale est de 65 0/0.

Ce chiffre ne reflète pas la physionomie exacte du risque encouru par les enfants. Ce risque est, en effet, dominé par deux faits :

- 1° La très forte proportion de Prematurés ;
- 2° Les énormes différences dans les résultats, suivant les thérapeutiques utilisées.

La prématurité est, en effet, à l'origine de très nombreux cas de morts d'enfants : ces décès ne sont donc pas attribuables, au mode de traitement qui est intervenu. Aussi, pour apprécier le risque infantile d'une façon plus judicieuse, nous avons, dans chacun des chapitres suivants, évalué la mortalité infantile, en éliminant d'abord les enfants qui pouvaient être considérés comme non viables. Nous avons pris comme chiffre limite, le poids de 2.000 grammes, adoptant ainsi le même chiffre, que celui qui avait été pris par Pinard, dans une étude de la mortalité infantile dans le Placenta proevia In Revue Générale. Labusquière : *Ann. de Gyn. et d'Obst.*, 1896). Nous avons également éliminé les cas où

la mort de l'enfant avait été constatée, au moment où les femmes venaient d'entrer à l'hôpital, alors qu'aucun traitement n'était encore intervenu. Ayant fait cette distinction, nous pouvons ainsi étudier le chiffre de mortalité infantile réelle.

*Premier Groupe* (rupture artificielle des membranes): Sur les 27 cas traités, il y avait huit enfants prématurés, qui moururent tous. Sur les 19 autres, vivants et pesant plus de 2.000 gr., il y eut 7 morts, soit une mortalité réelle de : **37 0/0**.

*Deuxième Groupe* (méthodes obstétricales complexes): Il y eut 31 décès sur 40 cas traités (Mortalité globale : 77 0/0). Sur les 40 enfants, 19 pesaient moins de 2.000 grammes, dont 17 moururent. Parmi les 21 enfants pesant plus de 2.000 gr., 4 étaient morts à l'entrée, et 10 autres moururent à la suite du traitement. La mortalité réelle est donc de : 10 décès sur 17 : **58 0/0**.

*Troisième Groupe* (méthodes chirurgicales) : Dans ce groupe, les gestations étaient arrivées à terme, ou près du terme ; tous les enfants étaient vivants au moment de l'intervention, et pesaient plus de 2.000 gr. Sur les 14 cas traités, il y eut 2 décès, soit une mortalité réelle de : **14,2 0/0**.

Comme nous pouvons le constater, les chiffres de mortalité réelle infantile, sont très différents pour chacun des trois groupes envisagés. Nous nous étendrons plus longuement dans les chapitres suivants, sur leur signification, et sur les conséquences d'ordre pratique qu'on peut en tirer.

Quant à la mortalité infantile réelle, pour l'ensemble des trois groupes, elle porte sur 50 enfants, pesant plus de 2.000 grammes et vivant au moment de l'intervention ; 19 moururent, ce qui donne une mortalité réelle globale de : **38 0/0**.

## CHAPITRE II

### PREMIER GROUPE ' D'OBSERVATIONS

**Hémorragies traitées par la simple rupture artificielle des membranes (rupture large des membranes).**

Dans ce groupe, nous avons réuni toutes les hémorragies traitées, uniquement par la simple rupture large des membranes.

La méthode utilisée est celle qui a été enseignée pendant des années, par le Professeur Pinard. Elle ne consiste pas seulement en une simple ouverture de l'œuf, mais en une déchirure très large des membranes, celle-ci étant subordonnée à l'accessibilité du pôle inférieur de l'œuf, c'est-à-dire au degré de dilatation du col et à la situation du placenta.

#### I. — La fréquence

Sur les 81 cas d'hémorragie par insertion basse, qui ont été traités à Saint-Antoine, il y en a 27 dont la simple rupture artificielle des membranes, largement pratiquée, a constitué l'unique traitement.

La fréquence, relativement à l'ensemble des cas observés à Saint-Antoine, est ainsi de 27 sur 81, soit 33 pour 100.

Ainsi que nous le verrons dans notre chapitre critique, ce chiffre de 33 0/0, n'est pas très élevé. Il est inférieur à celui qu'ont apporté d'autres statistiques.

#### II. — Les conditions anatomiques

Les conditions anatomiques que nous avons pu relever, tiennent essentiellement à l'état du col utérin, et à la variété de l'insertion placentaire.

a) *Le col utérin.*

Les degrés de dilatation du col utérin étaient les suivants :

- 5 fois : col perméable ;
- 10 fois : col dilaté comme 0 fr. 50 ;
- 1 fois : col dilaté comme 1 franc ;
- 5 fois : col dilaté comme 2 francs ;
- 4 fois : col dilaté comme 5 francs ;
- 2 fois : col dilaté comme petite paume et au-dessus.

L'examen de ces chiffres montre que dans la plupart des cas, la *dilatation était faible*. En effet, 16 fois la dilatation était inférieure à 1 franc ; 9 fois la dilatation était un peu plus avancée mais n'excédait pas 5 francs, et 2 fois seulement elle avait dépassé 5 francs.

Par contre, même dans les cas où le col utérin était très faiblement dilaté, on ne relate dans aucune observation, de difficulté tenant à la non-perméabilité du col. Les 5 observations, dans lesquelles la dilatation est considérée comme nulle, ne font mention d'aucune difficulté de pénétration à l'intérieur de la cavité cervico-segmentaire et d'accession au pôle inférieur membraneux de l'œuf.

b) *Variété d'insertion du placenta.*

Nous avons trouvé les indications suivantes :

- 11 cas : Insertion latérale ;
- 9 cas : Insertion marginale ;
- 7 cas : Insertion partiellement recouvrante.

Nous avons considéré comme appartenant au groupe des insertions latérales, les cas dans lesquels on avait constaté, au niveau de la poche ovulaire, un petit côté séparant le bord déclive du placenta de l'orifice des membranes, et pour lesquels le toucher, pratiqué au cours de l'accouchement et pendant les manœuvres de rupture des membranes, n'avait à aucun moment permis d'arriver sur le tissu placentaire.

Nous avons réuni dans le groupe des insertions marginales, tous les cas d'hémorragies, pour lesquels l'exa-

men clinique n'avait pas permis de reconnaître, de façon certaine, le bord inférieur du placenta au voisinage immédiat de l'orifice cervical, mais où l'examen du délivre constatait l'absence du petit côté membraneux. Si l'on considère la répartition des variétés d'insertions placentaires, on arrive à deux constatations :

1° La fréquence très grande des insertions latéro-marginales : 20 cas sur 27 hémorragies appartenant à ce groupe ;

2° L'accessibilité constante des membranes au niveau du pôle inférieur de l'œuf ; même dans les 7 cas où l'insertion est étiquetée comme étant partiellement recouvrante, l'opérateur a pu très facilement accéder aux membranes, à travers un orifice cervical relativement peu dilaté. On peut du reste se demander si la dénomination « recouvrante » n'est pas un peu exagérée, car nous avons constaté que dans 4 cas d'insertion dite « recouvrante », la dilatation dépassait 5 francs (trois fois 5 francs, une fois petite paume). Or, rien n'est plus variable que la situation respective du bord inférieur du placenta qui est inerte, et de l'orifice cervical qui s'efface et se dilate. Si bien qu'un placenta dont le bord inférieur affleure l'orifice cervical au moment où la dilatation du col est au voisinage de 2 francs, devient largement débordant lorsque le col a complété sa dilatation.

La conclusion à tirer de ces chiffres, est que d'une façon générale, les hémorragies qui ont été traitées uniquement par la méthode de Pinard, appartenaient suivant la règle classique, aux insertions latéro-marginales.

### III. — Les circonstances cliniques

Les circonstances cliniques que nous avons relevées concernent :

- 1° L'état d'anémie ;
- 2° L'état d'infection ou de non-infection ;
- 3° Les antécédents obstétricaux,

### 1° *L'état d'anémie*

Nous avons relevé de la façon la plus précise les renseignements pouvant donner une idée de l'état d'anémie des femmes, à l'entrée à la Maternité, lorsque le traitement a été jugé indispensable. L'état d'anémie, pouvant résulter soit d'hémorragies de la gestation, soit d'hémorragies du travail, nous avons distingué deux groupes :

A) HÉMORRAGIES DE LA GESTATION. — Sur les 27 femmes traitées, 18 avaient saigné pendant la grossesse ; ces 18 hémorragies de la gestation n'avaient en aucun cas présenté de gravité, et toutes avaient cessé spontanément. Elles se répartissent de la façon suivante :

a) Le moment d'apparition de la première hémorragie est le suivant :

Quatrième mois : 5 fois ;

Cinquième mois : 1 fois ;

Septième mois : 8 fois ;

Huitième mois : 3 fois ;

Neuvième mois : 1 fois.

b) Répétition des hémorragies :

12 fois l'hémorragie ne s'est produite qu'une fois ;

6 fois elle s'est répétée à plusieurs reprises, pendant la gestation et avant le début du travail.

c) Abondance :

Dans une seule observation, on constate une abondance considérable de l'hémorragie survenue pendant la gestation. Dans cinq autres cas, l'abondance était moyenne. Mais si l'on tient compte que la gravité de l'hémorragie résulte moins de son abondance que de sa répétition, on peut considérer que dans 4 observations l'état d'anémie était sérieux, avant que n'ait commencé le travail.

En résumé, dans la plupart des cas, l'anémie tenant aux hémorragies de la gestation, était d'importance moyenne ; et toujours celles-ci cessèrent spontanément, sans qu'aucun traitement ait eu à intervenir. Il faut

cependant remarquer, que sur les 18 femmes ayant saigné pendant la gestation, il y en a un nombre relativement important, qui accouchèrent prématurément (11 accouchements prématurés). Il semble résulter de ce fait que si les hémorragies de la gestation, ne paraissent pas dangereuses en elles-mêmes, du moins elles augmentent le risque de mort de l'enfant par prématurité. L'anémie due aux hémorragies de la gestation, joue encore un grand rôle dans la gravité qui peut résulter d'une reprise de l'hémorragie, au moment du travail. Cette considération, entre, ainsi que nous le verrons, d'une façon importante dans le choix de la détermination à prendre.

B) HÉMORRAGIES DU TRAVAIL. — Sur les 27 hémorragies du travail, 18 fois, il s'agissait de femmes qui avaient saigné antérieurement, et 9 fois seulement l'hémorragie du travail était la première en date. Trois fois, cette hémorragie a pu être considérée comme grave en raison d'une abondance particulièrement importante. Dans les 4 autres cas, si l'hémorragie du travail n'était pas très abondante, elle n'en était pas moins sérieuse par ses conséquences, étant survenue à la suite d'hémorragies répétées de la gestation. La gravité de l'état d'anémie peut être également appréciée par ce fait, que dans 6 cas, on eut à compléter le traitement obstétrical par une transfusion de sang pur.

## 2° *L'infection*

Nous avons seulement relevé dans 4 cas, l'existence de fièvre, au moment de l'entrée des femmes dans le service. Cette rareté s'explique par le fait que toutes les hémorragies de ce groupe ont été observées chez des femmes dont les œufs étaient fermés. Il ne faut pas considérer cependant l'absence d'infection, avant la rupture des membranes, comme un dogme absolu. Il existe des cas indiscutables d'infection, chez les femmes dont l'œuf est fermé. La présence du placenta, et d'un foyer hémorragique, avec caillots de date parfois ancienne, au voi-

sinage immédiat du col explique facilement la possibilité de tels faits.

### 3° *Les antécédents obstétricaux*

Nous avons relevé l'âge des parturientes, la parité, le nombre des enfants vivants et le terme auquel était arrivé la gestation actuelle.

a) *L'âge* : dans 23 cas sur 27 les femmes pouvaient être considérées comme jeunes et avaient moins de trente ans.

b) *Parité* : Il y avait 3 primipares, 9 secundipares, 8 tertipares, 3 IV<sup>e</sup> pares, 3 V<sup>e</sup> pares, 1 X<sup>e</sup> pare.

En conséquence, 24 femmes sur les 27 appartenant à ce groupe, avaient un passé obstétrical chargé, ayant eu au moins une grossesse antérieure.

c) *Nombre d'enfants vivants* : Dans 19 cas sur 27, les femmes étaient mères, d'au moins un enfant vivant, au moment de l'entrée en Travail.

d) *Age de la Gestation* : 16 fois le travail débuta avant terme, chez des femmes qui n'étaient pas entrées dans le cours du huitième mois de gestation.

En conséquence, si l'on considère dans l'ensemble les antécédents obstétricaux, on voit qu'il s'agit le plus souvent de femmes jeunes, n'ayant pas eu un grand nombre de grossesses antérieures ; d'autre part dans une forte proportion de cas, ces femmes entrent en travail avant terme. Toutes ces considérations font qu'il est logique de s'adresser dans de telles conditions, au traitement le plus simple, en raison de la résistance généralement bonne de l'état général, de la jeunesse des femmes et de la prématurité de leur accouchement.

### 4° *Les résultats*

#### A. — *Les Mères*

Nous rappelons les résultats généraux maternels. Il

y a eu un décès sur les 27 cas, soit 3,8 0/0 de mortalité. Nous verrons plus loin comment il faut interpréter ce décès, et quelle importance il faut donner à cette proportion. Nous allons envisager quel a été l'effet de la rupture des membranes, sur chacun des deux dangers possibles, le danger d'anémie et le danger d'infection, et sur la marche des accouchements.

1° *Contre le danger d'anémie*, la rupture des membranes a donné des résultats qu'on peut considérer comme excellents.

a) *Cas favorables* : Dans 26 cas sur 27, la rupture des membranes a permis aux accouchements et aux délivrances de se terminer heureusement. Cela ne veut pas dire, que dans tous les cas, la rupture des membranes ait suffi, d'une façon définitive, à arrêter l'hémorragie. En effet, celle-ci a pu reprendre malgré la rupture des membranes, soit pendant l'accouchement, soit au cours de la période de délivrance.

Pendant la période d'accouchement, l'hémorragie continua après la rupture artificielle des membranes dans 4 cas. L'un seul d'entre eux fut grave, celui qui se termina par la mort. Les trois autres reprises d'hémorragie, n'ont pas été bien redoutables, puisqu'on ne jugea pas nécessaire d'employer un traitement obstétrical, plus énergique que la simple rupture artificielle des membranes.

Par contre pendant la période de délivrance, le nombre total de ces reprises fut de 10 sur 27. C'est là une proportion très considérable. On peut noter du reste, que 8 d'entre elles sont apparues chez des femmes qui avaient saigné, non seulement pendant le travail, mais pendant la gestation. Ces reprises d'hémorragie au cours de la délivrance, ne peuvent pas être considérées comme des incidents sans gravité, puisqu'elles ont nécessité des manœuvres complémentaires dans un nombre important de cas (6 délivrances artificielles et 6 transfusions).

Les résultats ont été cependant très satisfaisants, puisque dans tous les cas la guérison fut obtenue.

b) *Les échecs* : Nous considérons comme échecs de la méthode, les cas dans lesquels l'hémorragie continua après la rupture artificielle des membranes, au cours de l'accouchement, avant que l'utérus n'ait expulsé le fœtus. Nous mettons à part les trois reprises de l'hémorragie qui se sont produites après l'ouverture de l'œuf, et dont l'importance fut négligeable, au point qu'aucune autre thérapeutique ne fut jugée utile.

Il y a par contre, 26 cas de placenta proevia, qui furent d'abord traités par cette méthode, et dans lesquels l'hémorragie continuant d'une façon abondante, on s'adressa à un autre moyen de traitement : (soit méthodes obstétricales complémentaires, 13 cas — soit méthode chirurgicale, 13 cas). Nous ne les avons pas envisagés dans ce chapitre ; les observations dont il s'agit ont été rangées dans un des deux groupes suivants. Par contre, il y eut un dernier cas, qui se termina par la mort de la parturiente, avant qu'on ait eu la possibilité de faire intervenir un autre traitement.

L'observation dont il s'agit (numéro 1568-1928) et qui est reproduite *in extenso*, dans le chapitre des observations, est celle d'une femme âgée de 31 ans, enceinte pour la deuxième fois, ayant eu des hémorragies à la fin de la gestation. L'indication de rupture artificielle des membranes fut posée en raison de l'hémorragie abondante et répétée au début du travail. On relève, dans l'observation, un état de sclérose cervicale qui peut être attribué à deux faits : une métrite ancienne, puis, au cours de l'accouchement précédent, une application de forceps après incisions multiples du col. Cet état particulier du col avait été noté tout au début du travail, au moment où la femme avait présenté une légère hémorragie ; l'enfant était encore vivant. Cependant, le col devint beaucoup plus souple par la suite, et la rupture artificielle des membranes jugée suffisante. Mais, à la fin du travail, l'état général s'aggrava, au point qu'on posa l'indication d'une intervention. Celle-ci se réduisit à une application de forceps, sur un enfant qui avait déjà succombé. Après l'évacuation de l'utérus, il se produisit une reprise

de l'hémorragie, qui fut traitée par délivrance artificielle suivie de tamponnement. Immédiatement après le tamponnement, le cas s'aggrava encore et la mort survint, au milieu des phénomènes de choc, pendant le cours d'une transfusion de sang que l'on était en train de faire.

Dans cette observation, il convient de retenir les faits suivants :

1° La femme était arrivée à la période de travail en état d'anémie, du fait d'hémorragies répétées, survenues à la fin de la gestation ;

2° L'accouchement avait été long (48 heures) ; cette durée prolongée étant explicable en partie, par l'état de sclérose du col ;

3° La reprise de l'hémorragie après la délivrance ne fut pas grave par l'abondance du sang perdu, mais parce qu'elle survenait chez une femme, dont la résistance était déjà amoindrie par des hémorragies antérieures, et dont l'état général était médiocre.

On peut dans ces conditions, se demander si le shock hémorragique qui entraîna la mort, n'aurait pas pu être évité par une transfusion de sang, pratiquée au début du travail.

2° *La marche des accouchements.* — Les accouchements se sont effectués dans la plupart des cas sans incident. Sur 27 cas, 24 accouchements spontanés ; 3 fois seulement il fut nécessaire de faire une application de forceps, dont l'indication se trouva posée, non par l'hémorragie elle-même, mais par des signes de souffrance de l'enfant, et de fatigue maternelle (1 fois). Il est certain que ces 2 incidents étaient des conséquences de l'hémorragie, mais la rupture des membranes avait alors rempli son rôle : celui d'arrêter l'écoulement du sang.

Les délivrances ont été fertiles en incidents. On dut

faire 6 délivrances artificielles pour reprise d'hémorragie. Une fois, on constata, en outre, un Hématome rétro-placentaire, qui ne s'était pas révélé par des signes cliniques particuliers.

3° *Le danger d'infection.* — Les manœuvres nécessaires pour pratiquer la rupture des membranes, n'ont pas entraîné un danger d'infection sérieux. Sur les 27 femmes ainsi traitées, il y en eut 8 dont les suites de couches furent fébriles. Dans tous les cas, l'infection resta fugace et limitée (la température ne monta pas au-dessus de 39° ni ne se prolongea plus de trois jours). Dans un seul cas, l'évolution fut prolongée par une Phlegmatia Alba Dolens.

#### B. — *Les Enfants*

Il y eut au total, dans ce groupe, 16 décès sur 27 cas traités, soit 70 0/0 de mortalité infantile globale.

Ce chiffre est très considérable, mais ne traduit pas le risque exact encouru par les enfants. Parmi les 27 enfants, 8 pesaient moins de 2.000 grammes, et sont tous morts, soit que leur mort ait été constatée à la naissance, soit que leur décès soit survenu au bout d'un laps de temps n'excédant pas trente-six heures.

Sur les 19 autres, d'un poids supérieur à 2.000 grammes, et vivants au moment de l'entrée des femmes dans le service, il en mourut 7. Nous pouvons donc évaluer la *mortalité réelle* à 7 décès sur 19 enfants d'un poids supérieur à 2.000 grammes, vivants au moment du début du traitement, soit : 37 0/0.

---

### CHAPITRE III

#### DEUXIEME GROUPE D'OBSERVATIONS

##### Hémorragies traitées

par les méthodes obstétricales complémentaires  
de la rupture artificielle des membranes

*Ballon, Version, Dilatation artificielle* (Delmas)

*Décollement manuel du placenta* (Simpson)

Dans ce deuxième groupe, nous avons réuni les cas d'hémorragies qui furent traités par des méthodes obstétricales, destinées à compléter l'action de la rupture artificielle des membranes, ou à la remplacer suivant les cas. Les méthodes employées peuvent être groupées en deux classes : la première comporte les méthodes habituelles (introduction de ballon et version). La deuxième comporte les méthodes utilisées moins couramment (dilatation artificielle par Procédé de Delmas, ou méthode de Simpson).

Les méthodes des Ballons et de la Version (méthode de Braxton-Hicks), peuvent être considérées comme destinées à compléter l'action de la rupture artificielle des membranes : d'où le nom de Méthodes complémentaires de la Rupture des membranes. Leur but est identique et double : comprimer la zone placentaire de façon à déterminer l'hémostase ; en même temps, introduire dans la zone cervico-segmentaire un corps étranger agissant comme un agent excitateur, qui contribue à aider la dilatation cervicale et à accélérer l'évacuation de l'utérus. La technique de ces procédés est connue. Comme ballons, on utilise des sacs en caoutchouc, incompressibles. Les plus courants sont ceux de Champe-

lier de Ribes, qui assurent une compression régulière et circonférentielle, contribuant à faciliter le mécanisme normal de la dilatation. L'introduction du ballon se fait généralement après la rupture artificielle des membranes, qui a constitué le premier temps de l'opération : l'intervalle entre la rupture artificielle des membranes et l'introduction du ballon, étant plus ou moins long, suivant que l'état d'anémie de la femme permet d'attendre ou non, quelques heures, de façon à donner à la simple rupture, une chance d'être efficace à elle seule.

La Version podalique, décrite par Braxton-Hicks, et appliquée par lui dès 1875, pour le traitement des hémorragies par Placenta Proevia, consiste à aller chercher le pied de l'enfant à travers l'orifice cervical, dont la dilatation est peu avancée. On amène ensuite à travers cet orifice, un membre inférieur de l'enfant, jusqu'au voisinage du siège : la cuisse exerce sur la région qui saigne, la même compression que celle qui peut être réalisée par les Ballons.

Nous avons placé dans le même groupe les Hémorragies pour lesquelles le traitement complémentaire s'est réduit à l'abaissement du pied ou du membre inférieur, dans les cas où il s'agissait d'une présentation du siège. Le membre inférieur abaissé, on se contente généralement de le laisser en place, l'extraction étant différée en raison de l'insuffisance habituelle de la dilatation.

Nous allons envisager les résultats généraux obtenus par toutes ces méthodes obstétricales, sans les distinguer les unes des autres. Puis, nous envisagerons les résultats respectifs de ces différentes méthodes obstétricales complémentaires (ballon, version, abaissement d'un pied).

## I. — RESULTATS GENERAUX

### 1° La fréquence

Elle est considérable, puisqu'il y eut, 40 cas ainsi traités, sur la totalité de la série (81) : soit 49 0/0.

Nous pouvons déjà remarquer que cette proportion est beaucoup plus élevée que celle des cas analogues traités dans d'autres cliniques (à la clinique Baudeloc-

Nous pouvons remarquer que cette proportion est beaucoup plus élevée que celle des cas analogues traités dans d'autres cliniques (à la clinique Baudelocque, en particulier, la fréquence est de 31 0/0. Thèse M. Mayer, 1932).

## 2° Les conditions anatomiques

a) *L'état du col.* — Nous avons trouvé dans les observations les indications suivantes :

18 fois : col perméable et non dilaté ;

14 fois : col dont la dilatation n'excède pas 1 franc ;

8 fois : col dont la dilatation est supérieure à 2 fr.

En ce qui concerne la qualité de l'orifice cervical, on a trouvé dans 7 cas, des lésions de sclérose, créant un certain degré de rigidité, ou du moins un manque de souplesse. Dans 4 observations, cette sclérose peut être attribuée à des incisions antérieures du col ; trois fois, on trouve dans les antécédents un traitement de métrite du col par caustique.

En résumé, dans la plupart des cas de ce groupe, la dilatation était peu avancée, et souvent le col était le siège de sclérose, rendant à priori difficile, le mécanisme de la dilatation.

b) *Le placenta.* — Dix fois seulement la variété du placenta était latérale.

Dans les 30 autres cas, il s'agissait d'insertion très rapprochée de l'orifice (21 insertions recouvrantes, et 9 insertions marginales).

## 3° Les conditions cliniques

Les circonstances cliniques que nous avons relevées, tiennent à l'état d'anémie ou d'infection constaté au début du travail, à l'association possible d'un facteur de dystocie, enfin aux antécédents obstétricaux.

1° *L'état d'anémie* constaté au moment de l'institution du traitement, tenait à des hémorragies de la gestation ou à des hémorragies du travail.

a) *Hémorragies de la Gestation* : 27 femmes sur 40 avaient saigné pendant leur gestation : (12 fois : l'hémorragie de la gestation avait été unique, 15 fois, l'hémorragie avait été répétée).

b) *Hémorragies du Travail* : Dans 23 cas, l'hémorragie du travail avait entraîné un état d'anémie grave avec pouls dépassant 100, et état général médiocre. En conséquence, dans plus de la moitié des cas, l'état général de la femme était compromis, au moment où le traitement fut décidé.

2° *L'infection*. — Dans 4 cas, le traitement a été institué alors que la température dépassait 38°,5, et plus de six heures après une rupture des membranes, dont l'effet se révélait insuffisant. Il est donc permis de considérer ces cas, comme entrant dans le cadre de l'infection ovulaire.

3° *Dystocies associées*. — Dans 8 cas, l'hémorragie se compliquait de dystocie mécanique (1 bassin rétréci, 2 fibromes utérins, 5 présentations de l'épaule).

4° *Age de la gestation*. — Le nombre des cas dans lesquels le travail commença avant terme, est très considérable (20 sur les 40 cas entrant dans ce groupe).

Cette proportion élevée n'est pas étonnante, puisque la prématurité, a constitué, comme nous le verrons, dans un grand nombre de cas, le facteur qui a fait choisir les méthodes obstétricales, de préférence à la chirurgie.

5° *Les antécédents obstétricaux* :

a) *L'âge* (12 fois les femmes avaient plus de 35 ans, 10 fois elles avaient entre 30 et 35 ans).

b) *Parité* : 23 fois il s'agissait de multipares, ayant eu au moins 4 accouchements.

c) *Nombre d'enfants vivants* : 27 fois, il s'agissait de femmes mères d'enfants vivants.

#### 4° Les résultats

##### A. — *Les Mères*

Sur les 40 hémorragies traitées par les méthodes obstétricales complémentaires, il y eut 3 décès, soit 7 0/0 de mortalité globale.

Ils ont été causés, 1 fois par le shock ; 2 fois par l'infection.

1° *Contre le danger d'anémie*, les méthodes obstétricales complexes ont donné une garantie relativement satisfaisante. Le succès a été complet dans 29 cas d'hémorragies, qui cessèrent définitivement, aussitôt après la mise en œuvre du traitement.

Dans 11 cas, il se produisit des reprises de l'hémorragie, dont la gravité peut être exprimée par les interventions qu'elles nécessitèrent (7 tamponnements utérins, et 8 transfusions). Il y eut un seul décès, qui est attribuable, du reste, plus au shock qu'à l'hémorragie : en effet, la mort survint, comme nous le verrons, dans le chapitre suivant, au cours même de l'exécution de la Version, alors que l'enfant n'avait pas été extrait.

2° *Le danger d'infection* est beaucoup plus considérable que le danger d'hémorragie. Sur les 40 cas traités il y eut 14 infections.

Cette forte proportion d'infections s'explique en grande partie par le fait, que les manœuvres dont il s'agit, exigent l'introduction de la main dans la cavité utérine. D'autre part, elles se font en général en plusieurs temps, après un certain nombre de touchers vaginaux, et le plus souvent, à la suite de l'échec de la simple rupture large des membranes. Les manœuvres complémentaires se passent donc dans un œuf qui est ouvert depuis

un temps plus ou moins long. Il faut ajouter à cela, que les caillots siégeant au voisinage de l'orifice cervical, constituent un excellent milieu de culture, et que la zone placentaire particulièrement exposée à la pénétration microbienne, est toute proche du col et du vagin. Enfin et surtout, il s'agit de femmes anémiées. Nous avons vu que l'anémie constituait une cause d'aggravation à priori, de toute hémorragie survenant au cours de l'accouchement ou de la délivrance. Elle est également une cause qui prédispose à l'infection puerpérale, ou qui l'aggrave.

Si l'on étudie les infections de plus près, on voit que 8 fois, elles survinrent chez des femmes délivrées artificiellement. Elles furent souvent graves : 4 se présentèrent comme des infections puerpérales, de type septicémique, qui évoluèrent vers la guérison au bout d'une période prolongée d'hyperthermie ; 1 fois l'infection revêtit la forme d'un Phlegmatia Alba Dolens (Observation numéro 2054-1932), enfin, 3 fois elle se termina par la mort. Les décès furent consécutifs : 1 fois à une pose de Ballons (Obs. n° 944-1929), et 2 fois, à une Version (Obs. numéros 2079-1929 et 1733-1932).

Les 3 fois il s'agissait de multipares chez qui un traitement chirurgical aurait pu être discuté, ainsi que nous le verrons dans les paragraphes suivants.

### B. — *Les Enfants*

Les résultats obtenus pour les enfants ont été très mauvais ; il y eut 31 décès sur les 40 cas traités, soit une mortalité globale de 77 0/0.

Cette mortalité se répartit d'une façon très variable suivant deux facteurs : la technique utilisée, la prématurité.

#### A) *Suivant la technique utilisée :*

1° Dans les Versions (avec les Abaissements de pied), la mortalité est très considérable. Elle est presque totale. Il y a eu en effet 26 décès sur 28 cas traités : soit 94 0/0.

Ce fait s'explique aisément, parce que c'est le fœtus lui-même qui est utilisé comme agent de compression et de dilatation. Les manœuvres qui sont exercées sur le pied, excitent les centres respiratoires de l'enfant, et comme l'extraction immédiate est impossible, la mort survient dans la plupart des cas. Il faut ajouter à cela, le gros risque résultant de la compression du cordon, en général déclive, par les parties fœtales qui bloquent le détroit supérieur.

2° Dans les cas traités par Ballon, la mortalité est moins élevée : 5 décès sur les 9 hémorragies ainsi traitées.

3° Les trois hémorragies qui ont été traitées par Dilatation extemporanée du col, suivant le procédé de Delmas, n'ont pas entraîné de mort.

#### B) *La Prématurité :*

Les enfants prématurés pesant moins de 2.000 grammes, sont très nombreux ; il y en a 19, soit presque la moitié, parmi lesquels 17 moururent.

Sur les 21 enfants, pesant plus de 2.000 grammes à leur naissance, 4 étaient déjà morts au moment où les femmes arrivèrent à la Maternité.

Ainsi, le nombre des enfants, sur lesquels on peut calculer la *mortalité réelle* est de 17, dont 10 moururent, soit une mortalité infantile réelle de 58 0/0.

Les 7 enfants qui ont survécu furent extraits après pose de ballons (3 cas) ou dilatation à la Delmas (3 cas). Un seul, d'entre eux fut extrait par Version.

## II. — LA METHODE DES BALLONS

### 1° *La fréquence*

Il y eut 9 applications de ballons, sur les 40 cas traités par les méthodes obstétricales complémentaires.

## 2° Les conditions anatomiques

a) *L'état du col* : Dans la plupart des cas, la dilatation était très peu avancée, puisque 4 fois elle était nulle, 3 fois inférieure à 1 fr. et 2 fois supérieure à 2 fr. (2 fr. et 5 fr.).

Dans un cas seulement, il existait une rigidité du col, tenant à un état de sclérose cicatricielle antérieure.

b) *Le Placenta* : Les insertions étaient 4 fois recouvrantes, 3 fois marginales, 2 fois latérales.

En conséquence, les conditions anatomiques peuvent être ainsi résumées : dans la plupart des cas la dilatation était faible, et la variété du placenta recouvrante.

## 3° Les circonstances cliniques

1° *L'état d'anémie*. — Les femmes se trouvaient toujours dans un état d'anémie prononcée, au moment où on eut à décider du choix de l'intervention. Souvent cet état d'anémie résultait d'hémorragies répétées de la gestation (5 cas sur 9). Ces 5 femmes, avaient avant d'entrer en travail, un pouls dépassant 100, et 3 d'entre elles avaient présenté des tendances syncopales répétées. Dans les 4 autres cas, les hémorragies ne commencèrent qu'au début du travail, mais furent très abondantes, mettant immédiatement les femmes en danger.

En résumé, dans tous les cas traités par ballons l'état d'anémie était prononcé.

2° *L'infection*. — Dans 8 cas sur 9, la pose de Ballons fut réalisée secondairement, à la suite de touchers vaginaux répétés et de manœuvres obstétricales antérieures. Six fois, l'œuf avait été ouvert par une rupture artificielle des membranes, dont l'efficacité avait été insuffisante ou nulle.

Trois fois il s'agissait d'une infection manifeste avec ascension de la température au-dessus de 38° ; même lorsque la température était normale, la répétition des manœuvres, et l'éloignement de l'ouverture de l'œuf,

permettaient de considérer l'infection comme virtuelle. En conséquence, on peut considérer que les poses de Ballons, ont été faites sur des femmes suspectes de début d'infection ovulaire.

3° *Age de la gestation.* — La plupart du temps, il s'agissait de femmes dont la grossesse était parvenue à terme ou au voisinage du terme. Dans 3 cas seulement, sur 9, les parturientes n'étaient pas encore entrées dans le cours du huitième mois de la gestation.

#### 4° *Les antécédents obstétricaux :*

a) *L'âge :* Dans la plupart des cas, il s'agissait de parturientes relativement jeunes. Les deux tiers d'entre elles, avaient dépassé 27 ans (6 femmes de 27 à 35 ans).

b) *La Parité :* La plupart du temps, il s'agissait de femmes ayant des antécédents obstétricaux chargés : 5 d'entre elles avaient eu au moins 4 grossesses antérieures.

c) *Nombre d'enfants vivants :* Dans 6 cas sur 9, il s'agissait de femmes ayant au moins un enfant vivant.

#### 4° *Les opérations*

Les opérations ont été faites, la plupart du temps, secondairement, après échec de la rupture artificielle des membranes. Dans ces cas, la pose de Ballons pouvait être considérée comme ayant le véritable caractère d'une opération complémentaire de la rupture des membranes. Une fois seulement, l'introduction du Ballon fut faite d'emblée. Il s'agissait d'une femme enceinte de six mois seulement, chez qui la mort de l'enfant avait été constatée, au moment de l'arrivée à la Maternité. L'état du col et la situation du placenta rendaient du reste impossible, la perception de la partie membraneuse de l'œuf (Obs. numéro 1732-1928).

Dans 6 cas sur 9, l'accouchement se produisit sans manœuvre supplémentaire. Trois fois on dut recourir à

des manœuvres complémentaires (un arrachement du placenta à la Simpson et deux applications de forceps).

### 5° Les résultats

#### A. — *Les Mères*

1° *Contre le danger d'anémie*, la méthode des Ballons a été satisfaisante. On ne trouve aucun accident grave, relevant de l'hémorragie elle-même. L'arrêt de l'hémorragie, fut efficace dans 7 cas sur 9 (c'est-à-dire que l'écoulement de sang ne se reproduisit, ni pendant la période de travail, ni pendant la période de délivrance).

Deux fois seulement il y eut des reprises d'hémorragie au cours de l'accouchement, puis au cours de la délivrance (Obs. 68 et 1732-1928). Dans les deux cas, on recourut à des transfusions de sang qui furent faites après délivrance artificielle, et la guérison fut assurée.

En conséquence, nous pouvons considérer que la Méthode des Ballons a donné de bons résultats contre le danger d'anémie.

2° *Le danger d'infection* est beaucoup plus à craindre à la suite de ce traitement.

Les deux-tiers des femmes traitées par Ballon, ont eu des suites de couches infectées. Cela n'est pas pour surprendre, si l'on se rappelle que 8 sur 9 de ces femmes, ont subi l'intervention, après ouverture de l'œuf, c'est-à-dire à un moment où l'on pouvait considérer la cavité ovulaire, comme virtuellement infectée.

Les 6 cas infectés sont les suivants :

Obs. n° 12, n° 804, n° 910-1926. — Obs. n° 68, n° 1732-1928. — Obs. n° 944-1929.

Sur ces 6 infections, 4 furent sérieuses : l'une se termina par une cellulite pelvienne avec phlegmon du ligament large droit. Deux entraînèrent une hyperthermie qui se prolongea plus d'un mois. Enfin, le dernier cas se termina par la mort. (Obs. n° 944-1929).

Il s'agissait d'une femme de 36 ans, enceinte pour la quatrième fois, ayant déjà trois enfants vivants, qui

avait fait deux grosses hémorragies à la fin de la gestation. Au début du travail se produisit une nouvelle hémorragie. La femme était au voisinage du terme (cours du huitième mois) et l'enfant était vivant au début des manœuvres. Après échec de la rupture artificielle des membranes, on fit une première pose de ballon. Le premier ballon ayant été expulsé, on en introduisit un deuxième, alors que la température avait déjà atteint plus de 38°. Ce deuxième ballon assura l'hémostase, et déclancha les contractions utérines, de telle sorte que l'accouchement et la délivrance se produisirent sans incident ; mais la femme fit une infection à évolution particulièrement grave. Quelques heures après l'accouchement elle avait 40° ; une infection septico-pyohémique à déterminations multiples, se déclara, qui entraîna le décès le quarante-cinquième jour.

Si l'on fait la critique de cette observation, on peut se demander si le traitement chirurgical n'eût pas été de mise, chez cette femme, mère de plusieurs enfants, 4<sup>e</sup> pare, qui commença son travail au voisinage du terme, par des hémorragies importantes.

Cette conclusion eût été logique, surtout si l'on considère le danger d'infection encouru, par l'introduction de deux ballons à un moment où la température était au-dessus de la normale. On peut donc mettre ce cas de mort, au passif de la Méthode des Ballons, car il semble bien que c'est uniquement au choix de cette thérapeutique qu'il est dû. Il en est de même pour l'enfant, vivant au début du travail, et qui succomba après la pose du deuxième ballon.

#### B. — *Les Enfants*

La mortalité infantile est élevée, puisqu'on compte 5 décès d'enfants sur les 9 cas traités.

On peut éliminer comme n'étant pas viables, les 4 enfants dont le poids est égal ou inférieur à 2.000 grammes (sur ces 4 enfants, un seul survécut qui pesait 1.950 grammes au moment de sa naissance). Parmi les

5 enfants, ayant plus de 2.000 grammes, deux moururent.

Malgré cette mortalité élevée, on ne peut considérer que les Ballons aient été particulièrement fœticides, surtout si l'on compare ce déchet infantile à celui entraîné par la Méthode des Versions.

Nous ne donnons pas le chiffre de mortalité infantile réelle, en raison du nombre limité des cas : calculée, ainsi que nous l'avons fait pour les autres groupes, cette mortalité serait de deux cinquièmes, soit 40 0/0.

### · III. — LES VERSIONS

(e! Abaissements de pied)

#### 1° La fréquence

La Méthode de Braxton-Hicks, par version ou ses dérivés, a été utilisée dans plus de la moitié des cas, traités par méthodes obstétricales complexes (28 sur 40 cas de ce groupe).

#### 2° Les conditions anatomiques

a) *L'état du col* : Comme dans la série des cas traités par les Ballons, l'intervention a dû être décidée, à un moment précoce. Dans la plupart des cas, la dilatation était peu avancée : (11 fois : col non dilaté mais perméable — 11 fois : dilatation inférieure à 2 francs — 6 fois : dilatation entre 2 et 5 francs).

Dans 3 cas, le col était le siège d'une sclérose, tenant à des cicatrices, consécutives à des déchirures, au cours d'accouchements antérieurs.

En conséquence, les Versions ont été faites généralement, chez des femmes dont la dilatation était peu avancée.

b) *Le Placenta* : Les variétés d'insertion placentaire se répartissent de la façon suivante :

17 insertions recouvrantes, 6 insertions marginales, 5 insertions latérales.

Il existe ainsi une grosse proportion de variétés recouvrantes, près des deux tiers des cas. Ce point a une valeur d'autant plus grande, que la plupart des versions ont été faites à faible dilatation.

### 3° Les circonstances cliniques

1° *L'état d'anémie* : 18 fois sur 28, les femmes se trouvaient dans un état d'anémie grave, tenant soit à des hémorragies de la gestation, soit à des hémorragies du travail. Dans 22 cas, les femmes traitées par Version avaient déjà saigné au cours de la gestation, et 12 fois ces femmes se trouvaient dans un état général très médiocre au début du travail, avant que ne soit survenue la première hémorragie, accompagnant ce travail.

Six fois seulement, les versions furent faites chez des femmes en état d'anémie grave, mais qui n'avaient pas saigné pendant la gestation.

Ces chiffres confirment l'importance des hémorragies de la gestation, comme facteur de gravité de l'anémie.

2° *L'état d'infection* : 25 fois sur 28, les manœuvres destinées à pratiquer la Version ou l'Abaissement d'un pied, ont été exécutées secondairement, après échec de la Rupture large des membranes. Il en résulte que l'on pouvait considérer ces 25 femmes comme virtuellement infectées au moment où fut décidée la version. Parmi ces 25 femmes, il y en a 6, dont la température était égale ou supérieure à 38°, au moment où l'on pratiqua la version.

En conséquence, dans la plupart des cas, les Versions ont été faites dans des cas qu'on peut considérer comme « impurs ».

3° *Age de la gestation* : 14 fois les femmes étaient au terme, ou près du terme de leur gestation, au moment où se déclencha le travail, et où le traitement fut appliqué. Dans les 14 autres cas, les femmes n'étaient pas entrées dans le cours du huitième mois de leur gestation.

4° *Dystocias associées.* — Dans cette série d'Observations, nous trouvons un facteur d'aggravation, que nous n'avions point rencontré jusqu'ici : c'est l'existence d'une dystocie associée à l'hémorragie. Cette dystocie, tenait soit à l'état de l'utérus, soit à l'attitude du fœtus.

a) *Attitude du fœtus* : Dans 5 cas, une présentation de l'épaule avait été constatée au cours du travail, après le début de l'hémorragie. (Obs. n° 2724-1925 — n° 509-1926 — n° 1001-1931 — n° 632, n° 1927-1932).

Dans 9 cas, l'enfant se présentait par le siège, circonstance relativement heureuse, parce que permettant, un simple abaissement du pied, sans version.

b) *Anomalie de l'utérus* : Deux fois, on relève l'existence de lésion utérine (un fibrome utérin, et une malformation utérine).

#### 5° *Les antécédents obstétricaux* :

a) *L'Age* : La plupart des femmes traitées par Version étaient des femmes relativement âgées : (17 fois elles avaient plus de 30 ans, 6 fois seulement elles avaient moins de 25 ans).

b) *Parité* : Le nombre des multipares est très restreint : deux femmes seulement avaient eu plus de trois grossesses.

c) *Nombre d'enfants vivants* : 15 femmes sur 28 étaient mères d'un enfant vivant.

### 4° **Les opérations**

Les opérations consistèrent soit en Version, soit en Abaissement simple du pied.

a) *Les Versions* : Les Versions exécutées suivant la Méthode de Braxton-Hicks sont au nombre de 19. Des opérations complémentaires ont été nécessaires dans 7 cas (6 arrachements préalables du placenta à la Simp-

son, 1 Basiotripsie sur tête dernière. Obs. n° 1658-1932).

b) *Les Abaissements de pied* : Ils ont pu être faits dans 9 cas, où l'enfant était en présentation du siège ; 2 fois il fut nécessaire de recourir à des opérations complémentaires (2 Basiotripsies sur tête dernière : Obs. n° 630-1925 ; Obs. n° 197-1932).

## 5° Les résultats

### A. — *Les Mères*

Il y eut 2 décès sur 28 femmes traitées.

La morbidité est également élevée puisque le quart des femmes présentèrent des suites de couches infectées.

#### 1° *Contre le danger d'anémie* :

a) *Les succès* : Vis-à-vis du danger d'anémie, les Versions ont donné un succès complet dans 19 cas sur 38 (arrêt définitif de l'hémorragie).

b) *Les échecs* : Nous considérons comme échecs, les cas dans lesquels il y eut une reprise de l'hémorragie, soit pendant le travail, soit pendant la période de délivrance.

Quatre fois l'hémorragie se reproduisit pendant le travail, avant l'expulsion du fœtus.

(Obs. n° 2791-1925 — n° 2937-1926 — n° 294-1927 — n° 1092-1930).

Dans les 5 autres cas, l'hémorragie, qui avait cessé au cours du travail, reprit après expulsion du fœtus, au cours de la période de délivrance : (Obs. n° 1663-1925 — n° 1001 et 1381-1931 — n° 632 et 1656-1932).

On dut recourir 5 fois à une transfusion de sang et 14 fois à des délivrances artificielles.

Il faut noter que certaines délivrances artificielles ont été pratiquées, sans que les femmes aient présenté une reprise d'hémorragie pendant la délivrance, mais en raison de l'état d'anémie, tenant à déperdition de sang du travail.

c) *Décès* : Il y eut 1 décès par anémie (Obs. n° 1733-

1932). Il s'agissait d'une femme âgée de 28 ans, 4<sup>e</sup> pare, qui avait fait des hémorragies répétées au cours de la gestation, et était arrivée à terme. Le travail avait commencé, alors qu'elle se trouvait dans un état général grave, du fait de l'anémie antérieure. L'enfant était vivant, au moment où l'intervention fut décidée.

Malgré l'absence totale de dilatation, et la médiocrité de l'état général, on n'adopta pas la Méthode Chirurgicale, chez cette femme qui était pourtant mère de trois enfants vivants.

La version fut exécutée avec difficulté et s'accompagna d'une hémorragie considérable. La mort survint brusquement pendant l'exécution même de la version, avant que le membre inférieur de l'enfant ait pu être amené, au travers de l'orifice cervical.

Il est difficile de déterminer dans ce cas la cause véritable du décès : il est évident que l'hémorragie a dû jouer un rôle dominant, surtout en raison de l'anémie due aux hémorragies de la gestation. Néanmoins, on peut se demander si cette mort brutale n'est pas due plutôt à un phénomène de shock, dans lequel pouvaient entrer en jeu l'anesthésie ou un réflexe d'origine viscérale. Même si l'on admet ce mécanisme l'anémie a joué un rôle favorisant de premier ordre.

Cette distinction n'est pas seulement d'ordre théorique : si le décès a été entraîné uniquement par l'hémorragie, il est regrettable qu'on n'ait pas pratiqué une opération chirurgicale hémostatique d'urgence ; si au contraire, il est attribuable au shock, il est vraisemblable qu'il serait survenu aussi, au début de l'intervention chirurgicale.

Somme toute, l'étude de ce décès est peu probante et n'apporte aucun argument contre l'emploi de la version et sur son efficacité ou son impuissance, vis-à-vis du risque de mort par hémorragie.

Nous pouvons encore remarquer que la femme n'avait pas eu de transfusion pré-opératoire.

2° *Le risque d'infection* est très sérieux puisque dans 10 cas les suites de couches furent fébriles (température

au-dessus de 39 et prolongée plus de 8 jours) (Obs. n° 2937-1926 — n° 243 et n° 294-1927, — n° 2079-1929 — n° 1092-1930, — n° 1001-1931 — n° 197-1656-2054-1932.)

Parmi les causes déterminantes de l'infection, les manœuvres intra-utérines sont évidemment les plus importantes, mais il convient d'insister sur la fréquence de la délivrance artificielle (6 fois sur les 10 cas d'infection).

Deux fois l'infection a été grave (Obs. n° 197-1932 — Obs. n° 2054-1932 [Phlegmatia Alba Dolens]), et une fois elle entraîna la mort (Obs. n° 2079-1929).

*Le décès.* — Il s'agissait d'une VI<sup>e</sup> pare, mère de six enfants vivants, arrivée au travail en état d'anémie, à la suite d'hémorragies de la gestation. Au début du travail, l'enfant était vivant et le col n'était pas dilaté. Une hémorragie brutale imposa une intervention précoce : le traitement obstétrical fut choisi malgré le gros volume de l'enfant, et l'absence de dilatation cervicale. L'enfant, qui pesait 4.350 grammes, mourut pendant l'intervention. Dès le lendemain de l'accouchement, se déclara une infection septicémique qui entraîna rapidement la mort (quinzième jour).

3<sup>o</sup> *Le risque de traumatisme.* — Nous n'avons pas trouvé dans les Observations, d'accidents liés à une déchirure cervicale propagée au segment inférieur (Rupture utérine).

Le décès, dont nous avons parlé précédemment, et qui est survenu au cours de la version, ne peut avoir pour cause déterminante une rupture utérine, puisqu'il se produisit avant que l'évolution du fœtus ait été réalisée. Or, le risque de rupture utérine est lié généralement, beaucoup moins à la période d'évolution du fœtus, qu'au dernier temps de la version.

## B. — *Les Enfants*

La mortalité infantile est extrêmement élevée. Il y eut 26 décès d'enfants sur 28 cas traités.

Le nombre des prématurés est élevé ; 15, parmi les-

quels 3 étaient déjà morts, au moment où les parturientes arrivèrent à la Maternité, 11 autres moururent pendant le travail.

Parmi les enfants de poids supérieur à 2.000 grammes, 4 avaient déjà succombé avant le début du traitement. (Obs. n° 193-1928 — Obs. n°s 1092 et 1785-1930 — n° 2054-1932).

Sur les 9 enfants pesant plus de 2.000 grammes qui étaient vivants au moment où l'on commença le traitement, il en mourut 8.

On voit combien le risque encouru par les enfants est grand lorsqu'on emploie la Version comme méthode de traitement des hémorragies.

Nous ajouterons quelques mots sur les circonstances dans lesquelles furent pratiqués les arrachements du placenta (méthode de Simpson). Cette méthode fut utilisée dans 6 cas, comme manœuvre préliminaire à la version ou à l'abaissement d'un pied. Dans tous les cas il s'agissait de femmes qui présentaient le syndrome suivant : état d'anémie extrêmement grave, placenta recouvrant, enfant prématuré, dont les bruits du cœur n'avaient pu être perçus. Dans une seule Observation (n° 193-1928) la femme ainsi traitée, était arrivée au voisinage du terme ; les bruits du cœur étaient douteux, et l'arrachement du placenta fut pratiqué, en raison de la nécessité d'agir d'une façon très rapide.

Les résultats obtenus pour les mères ont été satisfaisants, en ce qui concerne le danger d'hémorragie. Dans tous les cas, l'hémorragie fut arrêtée, et ne se reproduisit pas au cours de l'évacuation de l'utérus.

Deux fois seulement il y eut une reprise de l'hémorragie, après l'accouchement, qui nécessita une transfusion de sang (Obs. n° 243-1927, n° 1785-1930).

Par contre, l'arrachement du placenta expose à un risque sérieux d'infection : 3 cas sur 6, dont 2 infections puerpérales graves qui se terminèrent néanmoins par la guérison (n° 243-1927, n° 745-1926), et une Phlegmatia Alba Dolens (n° 2054-1932).

#### IV. -- TRAITEMENT PAR LA DILATATION ARTIFICIELLE DU COL SUIVANT LE PROCÉDE DE DELMAS

Nous avons séparé des autres, les 3 Observations d'hémorragies qui ont été traitées par cette méthode.

En effet, dans le traitement du Placenta Proevia, par la méthode de Delmas, ce qui constitue le fait essentiel n'est pas la version, mais le mode de dilatation du col.

Le principe de ce procédé est complètement différent de celui des Méthodes de Braxton-Hicks et des Ballons, qui est de réaliser en même temps que l'hémostase, le déclenchement d'un travail assurant une dilatation physiologique et normale. En d'autres termes, ces deux méthodes cherchent à terminer l'accouchement grâce au jeu normal de la contraction utérine.

Le principe du procédé de Delmas est tout différent ; il s'inspire, non du désir de réaliser l'hémostase, mais de celui d'évacuer l'utérus le plus vite possible. Il ne constitue, somme toute, que la modalité dernière en date de la méthode de traitement du Placenta Proevia par évacuation de l'utérus. Cette méthode, qui n'est autre que celle d'Ambroise Paré, avait été plus ou moins modifiée depuis le *xv<sup>e</sup>* siècle, sous l'aspect de l'accouchement méthodiquement rapide, ou des méthodes de dilatation artificielle instrumentale (Bossi). Le procédé imaginé par le professeur Delmas, consistant en la dilatation artificielle extemporanée du col utérin, grâce à la souplesse particulière que lui donne une anesthésie rachidienne, a été utilisé pour le Placenta Proevia. Dans la thèse de Bichara (élève du professeur Delmas), on trouve une relation d'un nombre imposant d'hémorragies par insertion vicieuse du Placenta, qui ont été traitées suivant cette méthode, avec un succès considérable. Utilisée à Paris, elle a donné des résultats plus discordants, ainsi qu'en témoignent ceratines communications faites à la Société de Gynécologie et d'Obstétrique (Brindeau et Baillis, Le Lorier, Metzger, Devraigne

et Priollet). L'enthousiasme initial, a été quelque peu modéré par certains échecs, liés soit aux difficultés d'extraction, soit à des cas de mort par shock ou reprise d'hémorragie, à la suite de l'évacuation de l'utérus. La thèse faite par Cohen-Deloro, à la Maternité de Lari-boisière, dans le service du Docteur Devraigne, témoigne de l'inconstance des résultats obtenus.

Quoi qu'il en soit, des résultats généraux obtenus dans les autres services, nous avons tenu à donner une place spéciale aux Observations des cas traités par la méthode, à la Maternité de Saint-Antoine. Ces Observations sont au nombre de trois.

D'une façon générale, les résultats ont été satisfaisants.

*Pour les Mères* on n'a pas eu à déplorer d'accident tenant, soit à l'hémorragie, soit à une reprise d'hémorragie après évacuation de l'utérus, soit au risque de déchirure du col propagée au segment inférieur, qui constituent l'écueil que l'on doit toujours redouter dans les dilatations rapides du col. Le seul incident consiste en une infection grave des suites de couches. (Obs. n° 1649-1930). Cette complication ne peut pas être mise au passif de la méthode elle-même, en tant que méthode de traitement par évacuation de l'utérus, après dilatation rapide du col.

*En ce qui concerne les enfants*, les résultats ont été plus satisfaisants, puisque dans les trois cas, on obtint des enfants vivants, pesant l'un 2.500 grammes, les deux autres plus de 3.000 grammes.

L'analyse critique, des Observations ayant trait à la méthode de Delmas, peut-elle nous apporter quelques renseignements sur la valeur de cette méthode ?

1° L'étude du premier cas ainsi traité (Obs. n° 802-1929) donne des résultats peu probants. En effet, l'indication a été posée, chez une femme de 32 ans, VI<sup>e</sup> pare, arrivée au terme de sa gestation, et ayant présenté une hémorragie de la gestation d'abondance très moyenne, qui ne s'était pas reproduite. Le professeur Delmas, pratiqua lui-même cette intervention au début du travail,

alors que la femme n'avait pas recommencé à saigner. L'exécution magistrale de la technique, assura un résultat très brillant, mais si la démonstration fut éclatante, par contre, elle n'apporte pas d'argument important en ce qui concerne la valeur du procédé, puisque dans ce cas particulier la femme ne présentait pas une hémorragie, au moment où l'intervention eut lieu.

2° Dans le deuxième cas (Obs. n° 718-1930), il s'agissait d'une primipare âgée de 20 ans, ayant une hémorragie du début du travail, dont le col était perméable et permettait de reconnaître une insertion marginale du placenta, la partie membraneuse de l'œuf, étant accessible au doigt. L'intervention, faite en raison des modifications des bruits du cœur de l'enfant, donna un excellent résultat, puisqu'elle permit d'extraire un enfant vivant ; par contre, chez la mère, on constata l'existence d'une déchirure du col, qui se propageait jusqu'au niveau de l'insertion vaginale. L'enfant extrait pesait 3.100 grammes. Quoique le résultat ait été satisfaisant, on a cependant encouru le risque grave d'une déchirure, qui aurait pu se propager au segment inférieur. Or, dans le cas particulier, il semble que les conditions anatomiques et cliniques permettaient d'utiliser un traitement plus simple, celui de la rupture artificielle large des membranes.

3° Dans le troisième cas (Obs. n° 1649-1930), il s'agissait d'une 3<sup>e</sup> pare, chez qui les conditions anatomiques étaient favorables, puisque le col était dilaté comme 5 francs et l'insertion marginale du placenta permettait d'accéder aux membranes. Le résultat maternel fut médiocre, car il se produisit au cours de la délivrance, une hémorragie abondante qui nécessita une transfusion de 500 grammes, et dans les suites de couches, se déclara une infection puerpérale d'allure sévère.

Il est difficile de tirer une conclusion ou un enseignement véritable, de l'étude de ces trois Observations que nous avons relatées simplement pour mémoire, et qui pourraient éventuellement servir pour une étude d'ensemble de la méthode de Delmas comme traitement des hémorragies par insertion vicieuse du Placenta.

## CHAPITRE IV

### TROISIEME GROUPE D'OBSERVATIONS

#### Hémorragies traitées par les méthodes chirurgicales

Nous avons réparti les cas en deux groupes, suivant qu'on a utilisé une opération conservatrice (Césarienne basse — Césarienne corporeale), ou une opération mutilatrice (Hystérectomie).

Conformément au plan déjà suivi pour les deux autres groupes, nous envisagerons d'abord les résultats généraux, obtenus pour l'ensemble de ces interventions chirurgicales, puis les résultats obtenus pour chacune d'elles.

#### I. — RESULTATS GENERAUX

##### 1° La fréquence

Sur 81 cas d'hémorragies par insertion vicieuse du placenta, 14 furent traitées par les méthodes chirurgicales.

Nous rappelons que la répartition des cas d'après les méthodes employées est la suivante :

1° Simple rupture des membranes, 33 0/0 ; 2° Méthodes obstétricales complexes, 49 0/0 ; 3° Méthodes chirurgicales, 14 sur 81, soit 18 0/0.

##### 2° Les conditions anatomiques

a) *L'état du col* : Dans tous les cas, la dilatation était peu avancée, et presque toujours inférieure à 1 fr. (8 fois elle était nulle, 2 fois comme 0 fr. 50, 2 fois comme 1 fr., 2 fois comme 2 fr.).

b) *Le placenta* : Le plus souvent le placenta recouvrait l'orifice cervical : (7 fois l'insertion était recouvrante ; 2 fois elle était marginale ; 2 fois elle était latérale ; 3 fois elle n'était pas précisée mais probablement recouvrante.)

La proportion des insertions recouvrantes est d'autant plus remarquable, que dans la plupart des cas, elles s'associaient à une dilatation très faible.

Les conditions anatomiques dans lesquelles se produisirent les hémorragies traitées chirurgicalement, peuvent donc se résumer ainsi : le plus souvent la dilatation était très faible et l'insertion recouvrante.

### 3° Les circonstances cliniques

1° *L'état d'anémie*. — L'état d'anémie qui a déterminé les interventions chirurgicales, était imputable, soit à des hémorragies de la gestation, soit à des hémorragies du début du travail.

a) *Hémorragies de la gestation* : 12 femmes sur 14 opérées, avaient saigné pendant la gestation. La plupart du temps, ces hémorragies survenues avant le début du travail, étaient graves par elles-mêmes (dans 10 cas). Il y en eut même 4 pour lesquelles on n'attendit pas le début du travail pour intervenir.

b) *Hémorragies du travail* : Il reste par conséquent 10 femmes qui ont été opérées pour des hémorragies survenues au début ou pendant le travail : 8 d'entre elles avaient déjà saigné pendant la grossesse et 2 seulement avaient été opérées en présence d'une hémorragie qui était la première en date.

2° *L'état d'infection*. — Dans 3 cas, l'état d'anémie était compliqué par une infection surajoutée (température au-dessus de 38° au moment de la décision opératoire) (Obs. 484-1926, 1709-1929, 2305-1932).

3° *Age de la gestation*. — Toutes les femmes opérées étaient à terme, ou au voisinage du terme. Les enfants

extraits avaient à leur naissance un poids excédant 3.000 grammes. Deux seulement avaient un poids plus faible (2.600 et 2.900 grammes).

4° *Dystocies associées.* — Dans la moitié des cas l'hémorragie était associée à une dystocie mécanique, qui rendait la situation plus complexe, parce qu'elle augmentait le danger d'hémorragie, et rendait plus difficiles les manœuvres obstétricales qu'on aurait pu entreprendre.

Cette dystocie tenait soit à l'état de l'utérus, soit à l'attitude du fœtus :

a) *Attitude du fœtus* : 3 fois présentation transversale du fœtus (Obs. 61-1926, 82-1926, 950-1930).

b) *Etat de l'utérus* : 2 fois, malformation utérine (Obs. 791 et 1596-1927) ; 1 fois, fibromes utérins multiples (Obs. 1462-1928).

#### 5° *Les antécédents obstétricaux :*

a) *L'âge* : le plus souvent il s'agissait de femmes relativement âgées (6 d'entre elles avaient dépassé 25 ans, 4 d'entre elles avaient plus de 33 ans, 3 avaient dépassé 40 ans).

b) *La parité* : Nous avons été frappés par le fait que, la plupart du temps, il s'agissait de primipares. En effet, nous ne trouvons que 6 femmes ayant déjà eu une ou plusieurs grossesses, avant celle qui nous intéresse. On conçoit alors facilement que la conservation d'un enfant vivant, chez ces primipares âgés, ait pu constituer un argument important, dans le choix de la décision opératoire.

c) *Nombre d'enfants vivants* : Sur les 14 femmes opérées, 6 seulement étaient mère d'un enfant vivant, issu d'une grossesse antérieure.

Tous ces points font ressortir l'intérêt majeur qu'il y avait le plus souvent, à conserver à ces primipares

âgées, un enfant dont la vie aurait été compromise par l'emploi de méthodes telles que version ou ballon.

En conséquence, si l'on considère dans l'ensemble, les circonstances cliniques sur lesquelles on s'est fondé pour poser l'indication opératoire, on peut arriver aux déductions suivantes :

1° La plupart du temps, il s'agissait de femmes, dont l'état général était fort compromis, par un état d'anémie prononcé. Sur ce point, les conditions étaient à peu près analogues à celles du groupe précédent (version et ballon). Dans les deux groupes également, les hémorragies étaient dues le plus souvent à des insertions placentaires de variété recouvrante.

2° Il y a, par contre, toute une série de caractères cliniques différents, dans l'un et l'autre groupe.

a) En ce qui concerne les antécédents : la plupart des femmes opérées étaient des primipares âgées, n'ayant pas d'enfant vivant, tandis que les femmes soumises au traitement obstétrical, étaient relativement plus jeunes, et possédaient des enfants vivants, dans une proportion de cas plus étendue.

b) En ce qui concerne l'état de la dilatation, les hémorragies traitées chirurgicalement s'accompagnaient le plus habituellement d'une très faible dilatation, qui aurait rendu difficile, long, et par conséquent dangereux, l'emploi des méthodes obstétricales. Au contraire, dans les cas traités obstétricalement, souvent la dilatation du col avait dépassé 2 à 5 francs, ce qui permettait un emploi plus facile de procédés tels que la version ou les ballons.

c) Dans un nombre de cas très important, l'hémorragie n'était pas la seule source de difficulté et d'inquiétude.

Le plus souvent la situation se compliquait du fait de l'association au syndrome hémorragique, soit d'un état infectieux (trois cas), soit d'une dyslocie mécanique

(6 cas). Ces associations rendaient à priori difficile et dangereux, l'emploi des méthodes obstétricales.

d) Enfin, une considération importante, qui a joué un rôle de premier plan dans la détermination, est représentée par l'âge de la grossesse, lorsque se trouva imposée la nécessité d'agir. Nous avons vu, dans le groupe précédent, que dans la moitié des cas traités obstétricalement, l'hémorragie était apparue longtemps avant le terme de la gestation : ce fait explique d'une part la grosse mortalité par prématurité, et d'autre part, vraisemblablement le choix du traitement obstétrical dans ces cas. Au contraire, toutes les femmes opérées chirurgicalement, étaient parvenues à une période avancée de la gestation, leurs enfants pouvant être considérés comme viables. De fait, sur les 14 enfants extraits par césarienne, tous se développèrent et quittèrent l'hôpital dans des conditions favorables, à l'exception de deux, qui étaient précisément les plus prématurés, quoi qu'ils eussent encore le poids raisonnable de 2.600 et 2.900 grammes ; ces enfants moururent, l'un quelques heures, l'autre deux jours après l'opération.

On voit ainsi le rôle prédominant que jouent la prématurité et le terme de la gestation dans la détermination à prendre.

#### 4° Les résultats

##### A. — *Les Mères*

Il y a un décès sur les 14 cas traités, soit une mortalité de 7,8 0/0.

Nous insistons immédiatement, sur le fait que ce chiffre de mortalité est très rapproché de celui que nous avons trouvé, dans les cas traités par des manœuvres obstétricales complexes (7 0/0). Nous allons voir plus loin, comment cette mortalité se répartit suivant les techniques chirurgicales utilisées et s'il y a lieu de penser, que certaines d'entre elles offrent plus de sécurité que les autres.

## B. — *Les Enfants*

Il y a 2 décès sur les 14 cas traités, soit une mortalité de 15 0/0.

Ce chiffre représente la mortalité infantile réelle, puisque dans tous les cas, les femmes opérées étaient à terme ou au voisinage du terme, et que les enfants étaient vivants au moment de l'intervention.

Du reste, les 2 enfants morts, tout en étant d'un poids inférieur à 3.000 grammes, étaient parfaitement viables, puisqu'ils pesaient respectivement 2.600 et 2.900 grammes.

## II. — LES CESARIENNES CORPOREALES

### 1° La fréquence

Sur les 14 cas traités par les méthodes chirurgicales, il y eut 8 césariennes corporeales : (Obs. 2153-2790-1925 ; Obs. 61-484-854-1926 ; Obs. 791-1586-1927 ; Obs. 1709-1929).

Deux fois sur 8, l'opération a été faite avant le début du travail, les femmes étant dans un état d'anémie trop important, du fait d'hémorragies de la gestation, pour qu'on leur permette de faire l'épreuve d'un travail, qui aurait pu être long et hémorragique. Dans ces deux cas, la température était normale et les membranes intactes ; d'autre part, la fermeture complète du col n'avait pas permis de se rendre compte de la situation exacte du placenta. L'intervention décidée avant le début du travail, a été indiquée, dans un cas (Obs. 2790-1925) non seulement par les circonstances cliniques de l'hémorragie, mais encore par les antécédents particuliers de la femme (multipare âgée de 40 ans, arrivée au terme de sa quatrième grossesse et mère de trois enfants vivants).

Dans l'autre cas (Obs. 854-1926), il s'agissait d'une primipare âgée de 33 ans, qui à son arrivée à la Maternité présentait un état d'anémie inquiétant, consécutif à une hémorragie très abondante, survenue à la fin de sa gestation.

Les 6 césariennes corporéales, faites pendant la période de travail, ont été exécutées dans les conditions suivantes :

## 2° Les conditions anatomiques

a) *L'état du col* : Une fois seulement la dilatation avait commencé d'une façon franche et avait atteint 2 francs (Obs. 2153-1925). Dans tous les autres cas, la dilatation était pratiquement inexistante ou à son début.

b) *Le placenta* : Dans presque tous les cas, l'insertion placentaire était au contact direct du col (4 insertions recouvrantes, 1 insertion marginale et 1 insertion latérale).

Notons que les deux insertions, marginale et latérale, ont entraîné des hémorragies aussi importantes que les variétés recouvrantes.

## 3° Les circonstances cliniques

a) *L'état d'anémie* : Le fait dominant du point de vue clinique, est représenté par la gravité de l'état d'anémie. Dans 4 cas, la situation était considérée comme très compromise au moment de l'entrée des femmes à l'hôpital. La gravité de cette anémie tenait, dans la moitié des cas, à l'existence d'hémorragies répétées de la gestation.

Dans 2 observations, les femmes qui avaient saigné très-peu pendant leur grossesse, firent des hémorragies extrêmement abondantes, au début ou pendant le travail, suffisamment inquiétantes pour légitimer l'intervention. (Obs. 2153-1925 et 484-1926.)

b) *L'état d'infection*. — Dans aucun des cas, les membranes n'avaient été rompues spontanément ou artificiellement, le fait étant explicable, du reste, par les variétés d'insertion placentaire, le plus souvent recouvrantes, et l'absence de dilatation. Cependant, 2 des femmes opérées, porteuses d'un œuf fermé, avaient une température anormale, atteignant 38°.

c) *Dystocies associées*. — Trois fois l'hémorragie était compliquée par une dystocie associée, tenant une fois à l'attitude du fœtus (présentation de l'épaule négligée. Obs. 61-1926) et 2 fois à une anomalie morphologique de l'utérus (Obs. 791 et 1586-1927).

d) *Les antécédents obstétricaux* : Le plus souvent, les femmes opérées étaient âgées ; toutes sauf deux, avaient dépassé 30 ans (de 35 à 43 ans). Trois d'entre elles étaient mères d'au moins un enfant vivant, issu d'une grossesse antérieure.

En conséquence, on peut considérer que les femmes opérées de césarienne corporéale, se trouvaient dans la situation suivante :

Anémie grave tenant à des hémorragies du travail, consécutives ou non à des hémorragies de la gestation ;

Cas purs, les membranes étant intactes ;

Femmes relativement âgées, la moitié d'entre elles n'ayant pas d'enfant vivant, issu de grossesse antérieure ;

Enfin, dans un certain nombre de cas, association au syndrome hémorragique, d'une dystocie mécanique, augmentant les difficultés probables de manœuvres obstétricales.

#### 4<sup>e</sup> Les résultats

##### A. — *Les Mères*

Les résultats obtenus pour les mères, furent dans l'ensemble très bons. Il n'y eut aucun décès.

Les 8 guérisons obtenues ont été 6 fois acquises très simplement après des suites opératoires apyrétiques. Dans deux cas il y eut des accidents infectieux (Obs. 484-1926 et 791-1927).

Cette proportion de 2 sur 8 est à considérer, car la plupart des opérations avaient été faites dans des conditions où l'infection avait paru ne pas devoir être redoutée (cas purs, membranes intactes, pas de manœuvres obstétricales antérieures, pas de température au moment

de l'intervention). L'existence de suites infectées, dans ces deux observations, est donc le témoin du double fait suivant :

1° L'insécurité relative dans laquelle on est placé par la césarienne corporéale ;

2° La possibilité d'infection, chez des femmes dont l'œuf n'a pas été ouvert, et dont le col est fermé.

Ce que nous avons dit antérieurement, quant à la possibilité d'infection, grâce à la présence de caillots dans la zone placentaire située au voisinage du col, suffit à rendre compte de la possibilité de ces cas.

Les infections dont il s'est agi, ont du reste revêtu un type très différent. Dans un cas (Obs. 484-1926) ce fut une infection de type puerpéral banal, avec hyperthermie irrégulière ayant atteint 39°, et qui se prolongea, sans prendre le type septicémique inquiétant.

L'autre cas (Obs. 791-1927) a vu l'infection débiter dans des circonstances analogues : suites opératoires fébriles, donnant l'impression d'un début d'infection puerpérale atténuée. Par la suite, la femme eut des pertes sanguines successives, au bout d'un laps de temps tel, que le sang perdu ne pouvait être considéré comme l'écoulement de lochies ou de sang épanché pendant l'opération. Ces pertes étaient, chacune, accompagnées d'une poussée fébrile.

On sait quelles directives doivent être données à la thérapeutique des hémorragies secondaires du post-partum. Cette question, qui a fait l'objet d'un rapport au Congrès de Gynécologie de 1931, a été bien élucidée par le Professeur Couvelaire, qui a montré tout le danger des interventions par voie basse, mêmes prudentes, dès le moment où l'accès de la cavité utérine devient difficile. Le même auteur, avait du reste montré, qu'une grande proportion de ces hémorragies secondaires, ne tenait pas à des rétentions placentaires, mais était la conséquence d'un processus infectieux.

Dans notre cas, l'hémostase fut assurée par une hys-

térectomie, qui fut faite treize jours après la césarienne, en raison de l'état d'anémie de plus en plus inquiétant (pouls à 120 en permanence, aspect de grande anémie). Les suites de cette deuxième intervention, furent très satisfaisantes.

Nous n'avons pas eu connaissance, que de nouvelles grossesses soient survenues chez les femmes opérées de césarienne corporéale.

### B. — *Les enfants*

Les 8 enfants extraits par césarienne ont survécu. Sept fois sur 8, leur poids approchait ou dépassait nettement 3.000 grammes (2.700 à 3.850 grammes). Le plus prématuré pesait 2.480 grammes ; il s'est du reste parfaitement développé.

## III. — LES CESARIENNES BASSES

### 1° La fréquence

Sur les 14 cas traités par les méthodes chirurgicales. il y eut 5 césariennes basses.

(Obs. 1462-1928 ; obs. 1201 et 950-1930 ; obs. 963-1931 ; obs. 2305-1932).

### 2° Les conditions anatomiques

Elles sont exactement les mêmes, dans l'ensemble, que celles des césariennes corporéales.

a) *Etat du col* : Dans 4 cas, la dilatation pouvait être considérée comme nulle ; une fois seulement, elle existait, mais atteignait seulement 1 franc.

b) *Le placenta* : L'insertion placentaire était dans presque tous les cas, de variété recouvrante (3 fois). Dans 2 cas, l'insertion n'a pu être précisée, mais était vraisemblablement recouvrante.

Nous voyons que, dans l'ensemble, les conditions ana-

tomiques dans lesquelles ont été faites les opérations chirurgicales, ont toujours été les mêmes : col non dilaté, avec insertion recouvrante, à un moment du travail où la gravité de l'état d'anémie imposait la nécessité d'agir.

### 3° Les circonstances cliniques

a) *L'état d'anémie* : L'état d'anémie était dans tous les cas, très sérieux. Dans 2 Observations, il était dû uniquement à des hémorragies de la gestation, au point que l'on fut obligé d'intervenir avant le début du travail. (Obs. 1462-1928 et 2305-1932).

Dans deux cas, l'anémie était imputable uniquement à des hémorragies survenues pendant le travail (Obs. 950 et 1201-1930).

b) *L'état d'infection* : Une fois, la température avait dépassé 38° (Obs. 2305-1932) et pouvait être mise sur le compte d'un début d'infection, en raison du nombre répété des touchers (3 ou 4) et de l'existence de tentatives infructueuses de rupture des membranes.

Dans un cas (Obs. 1462-1928), il existait une phlébite, qui s'était constituée pendant la grossesse, chez une femme ayant du reste un utérus fibromateux. Dans le cas particulier, la phlébite était dangereuse, non pas seulement à cause de la possibilité d'accidents emboliques, mais également et surtout parce qu'elle témoignait de l'existence d'un processus infectieux, surajouté à l'état d'anémie.

c) *Dystocies associées* : La coexistence d'une dystocie d'ordre mécanique ou anatomique, a été notée dans deux observations, constituant une raison supplémentaire d'éviter le traitement obstétrical (une présentation transversale : obs. n° 950-1930, un utérus fibromateux : Obs. n° 1462-1928).

L'enseignement le plus important à tirer de l'étude de ces circonstances cliniques est le suivant : dans les cas traités par césarienne basse, il s'agissait toujours de femmes qui étaient en état d'anémie grave, et chez qui

on avait à redouter un risque sérieux d'infection. Cet argument est suffisant, pour légitimer l'emploi qui a été fait de la césarienne basse.

d) *Les Antécédents obstétricaux* : Les renseignements tirés des antécédents obstétricaux, ne sont pas très démonstratifs, en ce sens que si 2 des femmes opérées avaient largement dépassé 30 ans (33-44), 3 par contre étaient âgées au plus de 26 ans.

On peut noter aussi que le plus souvent il ne s'agissait pas de multipares (une seule femme ayant eu 4 enfants) et que 4 parmi les opérées n'avaient pas d'enfant vivant issu de grossesse antérieure.

#### 4° Le moment de l'intervention

Deux interventions ont été faites avant le début du travail, les 3 autres pendant le travail.

Les opérations faites avant le début du travail : (Obs. 1462-1928 et 2305-1932) ont été indiquées à la fois par le degré d'anémie et la nature particulière des antécédents obstétricaux. Dans les deux cas il s'agissait de femmes qui n'étaient plus jeunes (33 et 44 ans) et qui n'avaient pas d'enfant vivant issu de grossesse antérieure.

D'autre part, dans un cas, l'hémorragie de la gestation, était accompagnée de dyslocie dangereuse qui augmentait le risque d'anémie, et rendait à priori difficiles toutes les manœuvres par voie basse. Il s'agissait de la femme ayant eu une phlébite de la grossesse associée à un utérus fibromateux (Obs. 1462-1928).

#### 5° Les résultats

##### A. — *Les Mères*

Il y a un décès sur les 5 cas : il est dû à l'infection puerpérale (Obs. 2305-1932).

Il s'agissait d'une femme de 44 ans, opérée en état d'infection évidente : température à 38°, à la suite de plusieurs touchers. L'argument qui avait emporté le choix

de la césarienne basse était vraisemblablement que la femme n'avait pas encore d'enfant vivant et que l'infection était manifeste. Cependant, l'observation met en évidence les deux points suivants :

1° La césarienne basse ne donne qu'une sécurité relative vis-à-vis du risque d'infection. On sait que les promoteurs de cette technique considéraient qu'elle assurait une protection suffisante au début de l'infection, et qu'elle permettait de faire des opérations conservatrices dans des cas « impurs », qu'il aurait été imprudent de traiter par césarienne corporéale. La césarienne basse constitue évidemment un progrès, mais dans les cas d'infection confirmée, le danger d'infection péritonéale persiste. Celui-ci est encore plus à craindre dans les césariennes basses pour hémorragies par insertion vicieuse du placenta, du fait de l'essaimage presque constant des caillots de la zone placentaire, et de la diminution de résistance du terrain, liée à l'état d'anémie.

2° Le deuxième point est un corollaire du précédent : il faut souvent savoir se résoudre à l'abandon de la césarienne conservatrice. Dans le cas particulier, il y avait deux arguments en faveur de l'hystérectomie :

L'existence d'une infection ovulaire certaine chez une femme très anémiée ;

L'âge relativement avancé de la patiente. De fait, chez les parturientes âgées, la conservation de l'utérus a beaucoup moins d'importance : la question primordiale étant d'obtenir la sécurité la plus large.

### B. — *Les Enfants*

Sur les 5 césariennes basses, il y eut un décès. L'enfant mort, était un prématuré de 2.600 grammes. L'intervention avait été décidée pendant la gestation, au cours du huitième mois, avant tout début de travail, en raison d'une reprise d'hémorragie, chez une femme ayant eu une phlébite du membre inférieur gauche, au sixième mois de la grossesse.

Cette césarienne prophylactique, faite en vue d'assu-

rer une sécurité vis-à-vis de la mère, créait un risque pour l'enfant. Or, il est difficile d'évaluer d'une façon précise, le terme exact de la grossesse et le degré de maturité de l'enfant. Les nombreuses erreurs de cet ordre, qui se sont produites à l'époque où l'on pratiquait la césarienne prophylactique avant tout travail, illustrent ce fait. Dans le cas particulier, il est probable que si l'intervention eût été pratiquée plus tardivement, elle aurait permis d'extraire un enfant plus résistant, qui n'aurait pas succombé comme celui-ci, deux jours après l'opération.

#### IV. — CESARIENNE MUTILATRICE

Nous mettons à part, l'hystérectomie secondaire qui a été faite, à la suite d'une hémorragie, apparue dans les suites opératoires d'une césarienne corporéale. Cette opération sort du cadre de notre étude : elle a été faite non pas en présence d'un syndrome d'hémorragie lié à une insertion basse du placenta, mais comme thérapeutique d'une complication du post-partum, indépendante de ce syndrome.

La seule observation d'Hystérectomie qui nous intéresse (Obs. 82-1925), a été faite dans les conditions suivantes : il s'agissait d'une secundipare de 26 ans, ayant présenté une hémorragie du travail, très abondante, dont l'état général était cependant bon au moment de l'intervention (température 36,5, pouls 80). L'indication chirurgicale était largement légitimée, par l'association à l'anémie, de deux facteurs d'aggravation : une présentation transversale et une rupture prématurée des membranes datant de 18 heures. L'hystérectomie fut choisie, en raison du risque certain d'infection dû à des tentatives infructueuses de version par manœuvres mixtes, et de pose d'un ballon.

---

## CHAPITRE PREMIER

### VALEUR DE LA RUPTURE ARTIFICIELLE DES MEMBRANES

Nous allons apprécier la valeur du traitement par simple rupture artificielle des membranes, en comparant nos résultats de Saint-Antoine, avec ceux qui ont été obtenus dans des services différents.

Nous allons reprendre successivement tous les points que nous avons envisagés, dans l'étude statistique de ce chapitre.

#### 1° La fréquence

Nous rappelons que le nombre de cas d'hémorragies traités uniquement par la rupture artificielle des membranes est de 27 sur 81 cas traités, soit une proportion de 33 0/0.

Cette proportion est un peu inférieure à celle qui a été observée à la clinique Baudelocque, successivement sous la direction du Professeur Pinard, puis du Professeur Couvelaire (53,7 0/0 dans la statistique publiée par le professeur Couvelaire au Congrès de Berlin en 1912, et portant sur les 162 hémorragies traitées de 1890 à 1910 ; 55 0/0 dans la thèse de Mayer, qui étudie les 146 hémorragies traitées à la même clinique de 1920 à 1932.)

Il n'y a pas d'enseignement à tirer de cette différence de proportion. En effet, les indications qui ont présidé au choix du traitement par simple rupture artificielle des membranes, ont été les mêmes pour les cas observés à Saint-Antoine et à la clinique Baudelocque. Il faut seulement retenir, que notre série d'Observations porte

sur un nombre de cas moins élevé, et que notre statistique comporte une proportion plus grande de cas graves.

Du reste, les résultats obtenus confirment la constante valeur de la méthode préconisée par Pinard, et la nécessité de son emploi, chaque fois que les conditions anatomiques et cliniques le permettent.

## 2° Les indications du traitement

Les 27 cas traités, pouvaient être considérés comme favorables, en raison des deux caractères suivants :

1° Dans la généralité des cas, les membranes du pôle inférieur de l'œuf, étaient facilement accessibles ;

2° Dans la majorité des cas, l'état général était resté satisfaisant.

a) *L'accessibilité du pôle inférieur de l'œuf*, résultait moins de l'avancement de la dilatation, que de la variété d'insertion placentaire (20 insertions latéro-marginales, pour 7 insertions partiellement recouvrantes).

On peut donc retenir, que le traitement a été légitime, chaque fois que la souplesse du col pouvait permettre d'espérer une dilatation régulière, et d'autre part, chaque fois que le toucher avait constaté l'accessibilité des membranes, au niveau du pôle inférieur de l'œuf.

b) *En ce qui concerne l'état général*, le traitement a été légitime, chaque fois que l'état d'anémie n'était pas suffisamment grave, pour qu'un accouchement d'une durée normale, pût être considéré comme dangereux. Mais dans la décision à prendre, il faut tenir compte, non seulement des hémorragies survenant au cours du travail, mais encore de la possibilité de reprise de l'hémorragie au cours de la délivrance.

En résumé, l'indication du traitement par rupture large des membranes, a été légitime chaque fois que l'état du col et la situation du placenta d'une part, l'état d'anémie d'autre part, permettaient d'escompter un accouchement normal, peu hémorragique.

### 3° Les résultats

#### A. — *Les Mères*

Si l'on considère dans l'ensemble, la mortalité de ce groupe d'hémorragies, elle est relativement considérable puisqu'il y eut 1 décès sur 27 cas traités, soit une mortalité de 3,8 0/0. Ce chiffre est plus de trois fois supérieur à celui que nous avons relevé dans les statistiques de Baudelocque (1,14 0/0 pour la stat. de 1890 à 1910 ; 1,2 0/0 pour la stat. de 1920 à 1932).

Il ne faut pas attacher à cette différence une importance trop grande, pour porter un jugement sur la valeur du procédé : nous n'avons pu recueillir qu'un nombre relativement faible d'observations (27 au lieu de 87 et 83 dans les statistiques de Baudelocque).

Le décès survenu n'est pas de nature à diminuer la confiance que l'on doit accorder au procédé. Il est attribuable à une reprise de l'hémorragie, après la délivrance. Ce risque de reprise d'hémorragie, après évacuation totale de l'utérus, s'est montré fréquent (sur les 27 observations, il y en a 10). Ce danger est tellement grand, qu'il suffit chez les femmes très anémiées au début de l'accouchement, d'un écoulement peu abondant de sang, pour entraîner la mort. Il en résulte que ce risque doit être toujours prévu ; l'important est d'évaluer à l'ance suffisante, grâce à des transfusions de sang faites au début ou au cours du travail. Il est vraisemblable que, si cette précaution avait été prise, dans le cas que nous étudions, la femme aurait été à même de supporter sans danger, malgré la durée de l'accouchement, le risque d'une reprise de l'hémorragie au cours de la délivrance. Cette conclusion semble logique aussi, parce que l'état de sclérose cervicale constatée tout au début du travail, s'atténua beaucoup par la suite et permit un accouchement naturel. L'évacuation rapide de l'utérus ne fut envisagée à aucun moment, au cours du travail. Peut-être aurait-on pu poser l'indication opératoire, tout au début, en raison de l'état cicatriciel du col, et adopter délibérément la solution chirurgicale.

## B. — *Les Enfants*

Les résultats obtenus pour les enfants ne sont pas très satisfaisants, si on les compare à ceux qui ont été obtenus à la clinique Baudelocque. La mortalité globale, pour les enfants traités à Saint-Antoine, est de 70 0/0 (16 morts pour 27 cas traités).

Dans les statistiques de Baudelocque, nous trouvons une mortalité globale plus basse (41 0/0 de 1890 à 1910, 36 morts pour 87 cas traités ; 44,5 0/0 de 1920 à 1932, 37 morts pour 83 cas traités).

Il y a donc une différence importante, qui se retrouve d'ailleurs, quand on évalue la mortalité infantile réelle : 37 0/0 (7 décès sur 19 enfants), dans la statistique de Saint-Antoine ; 19 0/0 de 1890 à 1910 (19 décès sur 70 enfants), et 27 0/0 de 1920 à 1932 (17 décès sur 62 enfants), dans les statistiques de Baudelocque.

Malgré ce résultat médiocre, il est permis de penser, que si les mêmes cas avaient été soumis à des méthodes obstétricales différentes, la mortalité infantile eût été plus élevée. Il ne peut d'autre part, être question d'envisager le gain qu'on aurait pu tirer pour les enfants, si toutes les patientes avaient été opérées chirurgicalement, ce qui aurait certainement entraîné une mortalité maternelle beaucoup plus élevée.

Ainsi, la mortalité infantile par Placenta proevia reste très élevée, même lorsque le traitement le plus simple a été suffisant pour arrêter l'hémorragie. Nous verrons combien cette mortalité fut encore plus grande, dans les cas où furent employées des méthodes obstétricales plus compliquées.

Le danger encouru par les enfants est très compréhensible ; il résulte d'un ensemble de causes : prématurité, anémie de la mère, décollement partiel du placenta, procidence du cordon, insertion marginale et déclive du cordon.

Pour les cas justiciables de la simple rupture des membranes, il faut accepter ce risque infantile, et néanmoins utiliser le procédé de Pinard, car il est de beaucoup celui qui est le plus favorable pour les mères.

## CHAPITRE II

### VALEUR DES METHODES OBSTETRIQUES

#### COMPLEMENTAIRES

##### 1° La fréquence

La proportion des cas qui ont été traités par les méthodes obstétricales complémentaires est très élevée : 40 sur 81 cas traités, soit 49 0/0.

Cette proportion est supérieure à celle que l'on trouve dans la statistique de la clinique Baudelocque, même pour la période allant de 1890 à 1910, c'est-à-dire quand le traitement chirurgical était pratiquement inutilisé. Dans la deuxième statistique de Baudelocque, de 1920 à 1932, la part prise par la chirurgie, avait réduit les cas traités par les mêmes méthodes à 18,5 0/0, chiffre très inférieur, à celui de notre statistique.

La principale cause de cette fréquence paraît être le nombre très élevé de cas, où le traitement dut être fait avant le terme de la gestation (20 prématurés sur les 40 cas).

##### 2° Les indications du traitement

Les circonstances anatomiques et cliniques, dans lesquelles le traitement obstétrical a été mis en œuvre, sont les suivantes :

1° Dans la plupart des cas, la dilatation était peu avancée, au moment où s'imposa la nécessité d'agir ;

2° Dans la plupart des cas, l'état général était grave, soit par l'importance de l'état d'anémie, soit par l'existence d'une infection virtuelle ou effective, attribuable

en particulier, aux manœuvres préalables de rupture artificielle des membranes ;

3° Enfin, dans la moitié des cas, l'âge de la gestation permettait de ne pas faire entrer en ligne de compte l'intérêt de l'enfant. L'enfant mis à part, la question est de savoir si le traitement obstétrical peut donner pour la mère, des résultats comparables à ceux du traitement chirurgical.

### 3° Les résultats

#### A. — *Les Mères*

La mortalité globale pour les hémorragies traitées par les méthodes obstétricales complexes est de 7 0/0 (3 décès sur 40 cas, attribuables 1 fois au shock, 2 fois à l'infection).

Cette mortalité n'est relativement pas très élevée. Celle que nous trouvons pour les cas traités de façon identique à la clinique Baudelocque, est supérieure :

12 0/0 (9 décès sur 75 cas traités) de 1890 à 1910, et 12 0/0 (4 décès sur 27 cas traités) de 1920 à 1932.

Si l'on étudie les circonstances qui ont entraîné la mort dans les trois séries de statistiques que nous envisageons, nous arrivons aux constatations suivantes :

A Saint-Antoine, le gros danger est représenté par l'infection : 2 décès sur 3. Le troisième décès est attribuable à l'hémorragie elle-même ou au shock, survenu brusquement au début d'une tentative de version. Ce danger d'infection par les manœuvres obstétricales, est du reste confirmé par le nombre de complications infectieuses non mortelles, qui ont été constatées. Sur les 40 cas traités, il y eut, en effet, 14 infections dont 7 furent graves.

A la Clinique Baudelocque les causes de mort sont les suivantes : de 1890-1910, il y eut 9 décès dont 3 par anémie, les 6 autres étant attribuables partie à l'infection, partie au shock. De 1920-1932, sur les 4 décès, il y

en a 3 qui sont attribués à l'anémie aiguë, et 1 seulement à l'infection.

Ainsi la comparaison des causes de mort ne donne pas des résultats superposables. Dans les deux statistiques de Baudelocque, et surtout dans la plus récente, le plus gros danger résultait de l'anémie. A Saint-Antoine, au contraire, le risque principal résultait de l'infection. La conséquence pratique est la suivante :

1° Il semble que ces méthodes ont été efficaces contre le danger d'anémie ; mais il faut faire à ce sujet la même réserve que pour le groupe précédent : les femmes traitées, doivent être jugées capables de supporter une reprise éventuelle d'hémorragie. Cette condition est encore plus importante, que dans les cas traités par simple rupture artificielle des membranes, car le plus souvent, dans les cas traités par version ou ballon, il faut compter sur un accouchement long, en raison de la faible dilatation du col, et des difficultés fréquentes tenant aux lésions de sclérose cervicale.

2° Le risque d'infection entraîné par l'emploi de ces méthodes est certain ; en conséquence, elles devront être écartées chaque fois que l'infection est déjà installée ; elles risqueraient d'en exalter la virulence.

Ainsi l'emploi des méthodes obstétricales complémentaires, comporte un certain danger tenant à la possibilité de reprise de l'hémorragie et au risque d'infection. Il faut, par conséquent, les éliminer, chaque fois que l'on voudra agir en toute sécurité, en particulier chez les multipares, mères de plusieurs enfants vivants, pour qui on peut se résoudre sans grand regret à l'hystérectomie, et chaque fois qu'on redoutera un danger d'infection, ou d'anémie trop pressant.

Leur emploi reste légitime, toutes les fois que l'état d'anémie n'est pas très inquiétant, au moment où le traitement est institué, et toutes les fois que l'on a à redouter l'aggravation d'une infection ovulaire déjà existante. Dans tous les autres cas, il faut les rejeter. Ces indications du traitement obstétrical, peuvent

être encore considérablement modifiées, si l'on considère l'intérêt de l'enfant.

### B. — *Les Enfants*

Les méthodes obstétricales font courir aux enfants un danger très considérable. La mortalité globale est en effet très élevée : 77 0/0 (31 décès sur 40 cas traités). Dans les statistiques de Baudelocque, on trouve des chiffres très comparables : 77,3 0/0 (de 1890 à 1910) et 85 0/0 (de 1920 à 1932).

Le risque encouru par les enfants reste encore très grand, si on ne s'attache qu'à la mortalité infantile réelle : 58 0/0 dans notre statistique, chiffre élevé et pourtant plus satisfaisant que celui que l'on trouve dans les statistiques de Baudelocque : 69 0/0 de 1890 à 1910, 75 0/0, de 1920 à 1932.

La conclusion pratique est que le choix des méthodes obstétricales sera plus spécialement réservé aux cas où l'enfant est déjà compromis par sa prématurité. Dans notre statistique, sur les 40 cas traités, il y avait 19 enfants pesant moins de 2.000 grammes, soit presque la moitié.

Pour de tels enfants il est légitime d'employer un procédé qui, tout en étant très défavorable pour eux, assure aux mères des résultats très comparables à ceux de la chirurgie, en leur évitant les risques d'une intervention chirurgicale. Au contraire, quand on est en présence de femmes, dont la gestation est à terme ou au voisinage, l'enfant compte beaucoup plus dans la détermination à prendre. C'est souvent le désir de le conserver qui fera préférer le traitement chirurgical aux méthodes obstétricales.

## CHAPITRE III

### VALEUR DES METHODES CHIRURGICALES

Nous étudierons successivement :

1° Les résultats des méthodes chirurgicales, en les comparant à ceux des méthodes obstétricales ;

2° Les indications générales du traitement chirurgical ;

3° Les indications particulières, qui ont dicté le choix de telle ou telle technique opératoire.

#### I. — RESULTATS GENERAUX

##### 1° La fréquence

Les cas traités chirurgicalement sont au nombre de 14, sur les 81 cas traités, soit une proportion de fréquence de 18 0/0.

Cette proportion est du même ordre, que celle de Baudelocque : 30 interventions chirurgicales sur 146 cas traités pendant la période de 1920-1932, soit 20 0/0.

##### 2° Les résultats

###### A. — *Les Mères*

La mortalité globale pour les mères est de 7,8 0/0 (1 décès sur 14 cas traités).

Nous avons vu plus haut que cette mortalité était exactement superposable, à celle résultant de l'emploi des méthodes obstétricales complémentaires de la rupture artificielle des membranes (version ou ballon). On pourrait en déduire que le traitement chi-

rurgical ne procure aucune avantage en ce qui concerne les mères. En réalité, il n'est pas certain que les cas opérés n'auraient pas été plus lourdement obérés, s'ils avaient été soumis au traitement obstétrical. En effet, les opérations chirurgicales ont toujours été pratiquées dans des conditions de gravité pressante, et dans des cas généralement plus compromis, que ceux traités par version ou ballon. Ces interventions ont toujours été faites chez des femmes à terme ou au voisinage du terme, dont la dilatation était nulle ou à son extrême début. En outre, dans un nombre important de cas, l'hémorragie était accompagnée d'une dystocie mécanique, qui aurait à priori rendu les manœuvres obstétricales difficiles.

Il est donc permis de penser que l'emploi des méthodes obstétricales dans ces cas aurait donné, pour les mères, des résultats plus défavorables que les méthodes chirurgicales.

#### B. — *Les Enfants*

Les résultats obtenus pour les enfants sont satisfaisants. Il y eut en effet seulement 2 décès sur les 14 cas traités : soit une mortalité réelle de 15 0/0. La mort de ces 2 enfants qui pesaient 2.900 grammes (Obs. 82-1925) et 2.600 grammes (Obs. 1462-1928) n'est pas imputable au traitement lui-même. Leur mort après une opération césarienne, serait à fortiori survenue à la suite de n'importe quelle autre intervention. Aussi on peut considérer que cette mortalité est le fait du placenta proevia lui-même et non du traitement qui est intervenu. Il suffit de rappeler d'ailleurs l'énorme mortalité infantile qu'on a eu à déplorer dans les cas de gravité analogue, traités obstétricalement (77 0/0 de mortalité globale et 58 0/0 de mortalité réelle). On voit que le gain obtenu pour les enfants est très considérable.

## II. — LES INDICATIONS GENERALES

### DU TRAITEMENT CHIRURGICAL

Elles ont été tirées des circonstances suivantes :

- 1° L'état d'anémie ;
- 2° L'association à l'anémie d'une complication supplémentaire ;
- 3° Les antécédents obstétricaux et l'âge de la gestation.

#### 1° *L'état d'anémie*

Nous avons vu que les méthodes obstétricales étaient susceptibles de donner des résultats satisfaisants, contre le risque d'anémie. Ces résultats favorables avaient été acquis chez des femmes avant terme. Au contraire, toutes les opérations chirurgicales ont été faites, sur des femmes près du terme. Si ces mêmes femmes avaient été traitées par des moyens obstétricaux, elles auraient risqué d'avoir des accouchements prolongés, par conséquent hémorragiques et dangereux.

La question primordiale consiste donc à évaluer dès le début le danger d'anémie, et d'établir si la femme est susceptible de faire les frais de nouvelles pertes de sang, ou s'il est nécessaire de réaliser une hémostase immédiate et complète.

L'anémie ne constitue pas généralement, l'indication opératoire unique.

On peut cependant être amené à intervenir uniquement pour elle. Dans notre statistique, en effet, nous avons vu que 4 opérations ont été faites contre le seul danger d'anémie. Dans ces cas, il s'agissait de grossesses à terme ou au voisinage du terme. Le danger d'anémie peut être tellement pressant, que l'indication opératoire peut se poser même chez des femmes éloignées du terme dont l'enfant n'est certainement pas viable. Cette éventualité ne s'est pas rencontrée à Saint-Antoine ; elle

existe cependant d'une façon indubitable. C'est ainsi que nous l'avons trouvé relatée 2 fois dans la thèse de Mayer (Statistiques de Baudelocque de 1920 à 1932).

## 2° *L'association à l'anémie*

### *d'une complication supplémentaire*

Cette association constitue une éventualité fréquente ; la complication supplémentaire peut tenir, soit au danger d'infection, soit à l'existence d'une dystocie mécanique surajoutée.

Le danger d'infection existe chez toute femme qui a été l'objet d'une tentative préalable de rupture artificielle des membranes. On peut considérer en effet que la cavité amniotique, est virtuellement infectée deux heures après la rupture des membranes.

Risacher, dans sa thèse, a montré en faisant des cultures de liquide amniotique, prélevé au cours de césariennes faites après rupture spontanée ou artificielle des membranes, que le liquide était septique deux heures après l'ouverture de l'œuf. Le danger est certainement plus considérable lorsque la rupture des membranes est artificielle et de plus largement pratiquée, comme c'est le cas pour les insertions basses du placenta. Si le risque d'infection existe, après césariennes faites pour bassins rétrécis, du fait de la rupture des membranes, il est encore plus grand, dans les césariennes pour placenta procivia, faites dans les mêmes conditions.

L'association d'une dystocie mécanique entraîne un double danger ; d'une part, elle empêche l'hémostase par compression, qu'exerce normalement le pôle inférieur, sur le placenta ; d'autre part, elle rend les manœuvres obstétricales plus difficiles sinon impossibles.

Cette association existait dans un grand nombre de cas opérés :

3 fois du fait d'un vice d'attitude du fœtus ;

3 fois du fait d'un état pathologique de l'utérus.

## 3° *Les antécédents obstétricaux et l'âge de la gestation*

Les antécédents obstétricaux et l'âge de la gestation sont à considérer, d'autant plus que souvent la chirurgie est employée pour assurer la sauvegarde de l'enfant. La plupart des femmes opérées étaient des multipares âgées, ou des primipares. Dans l'étude des antécédents, il faut considérer non seulement l'enfant, mais le passé de la mère. C'est ainsi qu'on peut être amené à opérer des femmes dont le fœtus est très compromis, mais dont les antécédents font envisager la mutilation sans trop de regrets. C'est le cas pour les multipares âgées, mères de plusieurs enfants, chez qui le problème essentiel qui se pose, est de les conserver à la vie, par le traitement le moins aléatoire. Dans de pareilles conditions on est tout naturellement amené à utiliser le procédé assurant la plus grande sécurité, c'est-à-dire l'hystérectomie.

### III. — LES INDICATIONS PARTICULIERES DES DIFFERENTES TECHNIQUES OPERATOIRES

#### 1° *Les Césariennes corporéales*

La césarienne corporéale comporte, en ce qui concerne le Placenta proevia, des avantages et des inconvénients :

a) *Les avantages* : Ils se résument par le fait suivant, rapidité d'exécution. Cet avantage est considérable et ne doit pas être perdu de vue, car le plus souvent les opérations sont faites sur des femmes fatiguées, qui supporteraient difficilement le shock résultant d'une opération longue et difficile.

b) *Les inconvénients*. — Ils sont tirés du danger d'infection. Nous ne reviendrons pas, sur tout ce qui a été dit, à propos du risque d'infection encouru après césarienne corporéale, lorsque cette césarienne est faite dans un cas « impur ». Or, malheureusement, la plupart des cas de Placenta proevia à opérer, entrent dans cette catégorie de cas « impurs », puisqu'il s'agit de femmes, qui le plus souvent ont été soumises à des touchers vaginaux

répétés et qui, surtout, ont été l'objet d'une rupture artificielle des membranes, faite en vue d'un but thérapeutique. On peut considérer que le cas est « impur », même lorsque la tentative de rupture des membranes a été suivie d'échec. Il suffit que le doigt ait entraîné des sécrétions vaginales septiques, dans la zone cervicale et péri-cervicale d'insertion placentaire, pour considérer la femme comme virtuellement infectée, d'une façon telle qu'une césarienne corporéale serait imprudente. Nous pouvons même aller plus loin ; il y a des femmes qui n'ont été touchées à aucun moment du travail, et qui ont été considérées comme suspectes d'infection : ce sont des femmes qui, ayant saigné à de nombreuses reprises pendant la gestation, sont susceptibles de porter au voisinage de la zone placentaire, des caillots de date plus ou moins ancienne, en état d'infection. Chez toutes ces femmes, la césarienne corporéale n'offre aucune sécurité ; les dangers d'infection post-opératoire, se trouvent augmentés par le fait qu'il s'agit de femmes anémiées, ayant un Placenta proevia, et qui sont plus susceptibles que n'importe quelles autres de faire des infections.

En définitive, quelle place reste-t-elle réservée à la césarienne corporéale ? Cette opération est précieuse, en présence de femmes faisant pendant leur travail des hémorragies très abondantes, et qui n'ont pas saigné pendant la gestation. Si l'indication opératoire vient à se poser dans ces conditions, la césarienne corporéale est très légitime, à condition qu'aucune tentative, quelle qu'elle soit, n'ait été faite auparavant par la voie basse. Réalisée dans ces conditions, la césarienne corporéale n'expose pas plus à l'infection, que la césarienne basse, et elle comporte cet avantage, d'être une opération facile, non choquante, rapidement exécutable.

Il ne faut pas perdre de vue que la césarienne corporéale, comme toute césarienne conservatrice, laisse l'utérus en place et expose par conséquent la femme à une reprise d'hémorragie, après l'intervention ; aussi ne doit-elle s'adresser qu'aux femmes qui pourront faire

les frais d'une telle reprise d'hémorragie, venant s'ajouter au shock opératoire.

Dans la série d'opérations faites à Saint-Antoine, il y eut 8 césariennes corporéales qui ont été particulièrement heureuses, puisqu'il n'y eut aucun décès. Néanmoins, il ne faut pas oublier que dans deux cas (Obs. 484-1926 et 791-1927) les suites opératoires furent dangereusement fébriles.

## 2° *Les césariennes basses*

On pourrait adopter pour les césariennes basses, le contre-pied de ce que nous venons de dire pour les césariennes corporéales : leurs avantages et risques réciproques sont inverses.

a) L'inconvénient résultant de l'emploi de la césarienne basse, est qu'il s'agit d'une opération d'exécution plus difficile et plus longue que la césarienne corporéale. Elle expose par conséquent davantage, aux accidents de shock, surtout quand elle s'adresse à des femmes anémiques, du fait d'hémorragies du travail ou de la gestation.

b) L'avantage est représenté par la garantie de sécurité vis-à-vis de l'infection. Cette garantie existe en effet, en raison de la situation particulière de l'incision, qui porte sur le segment inférieur, dans une zone bien protégée par la vessie d'une part, et par la couverture péritonéale, qu'il est possible de faire, d'autre part. Cette protection constitue d'une façon certaine, un progrès vis-à-vis de la césarienne corporéale, dans laquelle il est impossible de recourir la zone de suture, par un plan de péritonisation. On sait d'autre part, combien le péritoine pelvien, est plus tolérant, plus résistant, vis-à-vis de l'infection, que le péritoine de la grande cavité ; or, après l'opération, la zone de suture se trouve, pour la césarienne basse, au fond de la cavité pelvienne, tandis que pour les césariennes hautes, elle est en pleine grande cavité péritonéale.

Tels sont les arguments qu'il est classique de présenter en faveur de la césarienne basse. Néanmoins, cette protection contre l'infection n'est pas complète ; il persiste un risque lié à l'infection post-opératoire. La réalité de ce risque nous a été malheureusement confirmée par le décès dû à l'infection, survenu dans un cas, sur les 5 opérés par ce procédé. Nous rappelons que l'opération avait été faite chez une femme dont l'infection était prévisible puisqu'elle avait une température à 38, et qu'elle avait été l'objet de manœuvres infructueuses par voie basse.

Ce cas pose ainsi la question du risque d'infection résultant des césariennes conservatrices : puisque la césarienne basse n'élimine pas ce danger, on peut se demander si d'autres procédés n'offrent pas une sécurité plus grande. Il y a deux techniques à la disposition des opérateurs : la césarienne conservatrice avec extériorisation temporaire de l'utérus (opération de Portes), et la césarienne suivie d'hystérectomie. Nous n'avons pas dans notre série d'observations, de cas d'opération de Portes pour Placenta Proevia, mais les observations publiées, ont apporté la preuve que ce procédé offre vis-à-vis de l'infection une garantie plus large que la césarienne basse. Il ne l'élimine cependant pas de façon absolue. Un des derniers travaux publiés au sujet de cette opération, reflétant du reste la conception même du promoteur de la méthode (La césarienne avec extériorisation de l'utérus, à la Maternité de Lariboisière : *Gyn. et Obst.*, 1932, Devraigne et Mayer), conclut, en réservant la césarienne avec extériorisation aux cas où l'infection n'est pas très virulente, chez des femmes jeunes, pour lesquelles il y a un intérêt majeur à conserver l'utérus. Il en résulte que la césarienne avec extériorisation a une place réservée, dans les cas où l'infection existante n'est pas très dangereuse, mais dans lesquels une césarienne basse ne donnerait pas une garantie suffisante.

Dans le cas de décès que nous venons de rappeler l'opération de Portes n'aurait pas trouvé son indication, en raison de l'âge avancé de la gestante (Multipare de

44 ans, ayant plusieurs enfants vivants).

Ainsi, les indications de l'opération césarienne avec extériorisation de l'utérus, dans le Placenta Proevia, sont limitées, mais elles existent. Nous en avons trouvé un cas relaté dans la statistique de Baudelocque (1920-1932).

A côté de cette technique il existe encore des procédés dirigés contre le risque d'infection, en particulier le drainage sus-pubien, par drain ou Mikulicz. En réalité, lorsqu'il y a risque d'infection, de deux choses l'une : ou ce risque existe d'une façon atténuée et dans ces cas la césarienne basse avec ou sans drainage, ou la césarienne avec extériorisation, constituent des opérations en général suffisantes : ou bien le risque est manifeste et il faudra rejeter la césarienne conservatrice et adopter délibérément l'hystérectomie.

### 3° *L'Hystérectomie*

Le nombre restreint d'hystérectomies de notre statistique, ne permet pas de conclusions générales.

Bornons-nous à exposer les circonstances dans lesquelles elles ont été pratiquées.

Dans un cas, elle semble avoir été légitimée, par une rupture prématurée des membranes datant de 18 heures, une présentation transversale, et par l'échec des moyens obstétricaux complémentaires (pose infructueuse de ballon, échec de la manœuvre de Braxton-Hicks).

Quand elle n'entre pas dans le cadre de notre étude, puisqu'elle a été faite chez une femme ayant un Placenta Proevia, mais qu'on pouvait considérer comme guérie de ses accidents hémorragiques : c'est une infection du post-partum, à type hémorragique, qui constitua l'indication opératoire.

Néanmoins, il est permis d'entrevoir quelles sont les indications générales de l'hystérectomie au cours du Placenta Proevia. Elles peuvent être tirées de trois facteurs, qui sont les suivants :

L'état d'anémie ;

Le danger d'infection ;

Les antécédents obstétricaux.

### 1° *L'état d'anémie*

Le danger d'anémie peut constituer à lui seul, toute l'indication opératoire de l'hystérectomie : même chez les femmes jeunes, n'ayant pas d'enfant, même lorsque la gestation n'est pas à son terme, même lorsque l'enfant *in utero* est mort. Cette indication opératoire se pose, lorsqu'on est en présence de femmes qui ont atteint un degré d'anémie tel, qu'elles n'ont plus une goutte de sang à perdre. Tout ce que nous avons dit précédemment, en ce qui concerne le risque de reprise d'hémorragie après évacuation de l'utérus (obstétricale ou chirurgicale) indique qu'on ne peut pas se permettre de faire courir un pareil risque à des femmes qui sont à leur arrivée, en état d'anémie suraiguë. Chez elles, une seule opération peut assurer une hémostase *immédiate et définitive* : l'Hystérectomie. Il est par ailleurs indispensable que les femmes qui présentent un pareil état d'anémie, soient placées dans des conditions qui leur permettent de supporter l'opération elle-même : les transfusions de sang pré-opératoires, constituent une précaution essentielle, et devraient être utilisées d'une façon systématique, ayant toute intervention faite dans ces conditions.

### 2° *Le risque d'infection*

L'hystérectomie est la technique qui offre la plus grande sécurité contre ce risque. Elle est, en général, suffisante, car il est bien exceptionnel, que l'on soit amené à intervenir, chez des femmes dont l'infection ait déjà dépassé la limite de l'utérus. On sera donc amené à pratiquer des hystérectomies, dans tous les cas, où le risque d'infection ne permet pas de faire sans imprudence, une césarienne basse.

Ce risque sera du reste apprécié d'une façon différente, selon qu'il s'agira d'une femme jeune et primipare, ou d'une femme plus âgée, multipare. Il est évident que chez ces dernières, le moindre risque d'infection constitue une raison suffisante pour faire une hystérectomie. Chez les femmes plus jeunes, on pourra dis-

euter l'emploi de l'opération de Portes. Nous n'avons pas dans notre série d'Observations, de cas qui illustrent ce fait, mais il est permis de penser que dans le cas qui se termina par un décès, à la suite d'une césarienne basse, l'emploi de l'hystérectomie eût évité l'issue fatale.

Cette Observation est démonstrative, car dans le cas particulier, il eût été légitime d'enlever l'utérus, malgré que la température n'ait pas dépassé 38°, étant donné qu'il s'agissait d'une multipare âgée.

On trouvera dans la thèse de Mayer, des exemples démonstratifs de la protection assurée contre l'infection, par la césarienne suivie d'hystérectomie. En effet, dans la série de cas opérés à Baudelocque, il y eut 8 cas infectés, sur les 14 qui furent traités par hystérectomie, et toutes ces interventions se terminèrent d'une façon favorable.

Nous ajouterons que la protection contre l'infection peut être encore renforcée par deux procédés : le drainage par Mikulicz ; et l'emploi de l'hystérectomie en vase clos. Cette dernière technique permet d'enlever l'utérus sans issue de liquide amniotique septique, dans la cavité péritonéale ; elle est particulièrement de mise, chaque fois que l'enfant n'est pas viable, ou mort *in-utéro*, et dans certaines infections très virulentes. Il est permis de l'utiliser d'ailleurs, lorsque l'enfant est vivant *in utero* ; cette éventualité s'est trouvée réalisée une fois à la Clinique Baudelocque, et l'on eut la bonne fortune, en ouvrant immédiatement l'utérus extirpé, de pouvoir extraire un enfant qui pût être ranimé et survécut (opérateur : Docteur Ravina).

### 3° Les antécédents obstétricaux

Il est évident que cette considération joue d'une façon importante, dans la détermination à prendre entre opération conservatrice ou hystérectomie : toutes choses égales par ailleurs, on fera beaucoup plus volontiers une hystérectomie, chez les multipares âgées et mères d'enfants vivants. Dans ces cas, il est légitime de faire une part très importante à l'hystérectomie, même lors-

que l'état d'anémie ou d'infection, permettrait à la rigueur de faire une opération conservatrice. Chez ces femmes âgées, l'hystérectomie constitue, en effet, l'opération de sécurité.

Dans la statistique de la clinique Baudelocque (1920-1932), l'emploi de cette technique assura 14 succès sur les 14 cas traités.

L'hystérectomie constitue donc l'opération de sécurité ; la place qu'il faut lui réserver est très importante. Il semble qu'il est sage de s'y résoudre, chaque fois que la situation est nettement compromise par l'état d'anémie ou l'état d'infection. Il est d'autre part légitime de l'adopter, chaque fois que les antécédents obstétricaux de la femme sont tels, que la sécurité et la conservation de la vie importent avant tout, même si l'état d'anémie et l'état d'infection ne sont pas particulièrement inquiétants.

En exprimant cette opinion, nous ne faisons du reste que suivre les idées du professeur Couvelaire : idées qui ont inspiré la thèse de Mayer, et qu'on trouvera également dans un article publié dans *la Pratique Médicale Française* (avril 1932).

---

## TROISIÈME PARTIE

### LES OBSERVATIONS

#### A. — PREMIER GROUPE

Hémorragies traitées par la simple Rupture artificielle des membranes.

*Observation n° 1 (n° 1568-1928)*

RÉSUMÉ. — *Secundipare de 31 ans. Hémorragies abondantes et répétées de la fin de la gestation et du début du travail. — Etat général médiocre. — Sclérose du col. — Placenta latéral. — Rupture artificielle des membranes. — Application de forceps. — Enfant mort pendant le travail. — Etat de shock et syncope mortelle au cours de la transfusion.*

M<sup>me</sup> R... Yvonne, âgée de 31 ans, est admise d'urgence à la Maternité de Saint-Antoine, le 12 septembre 1928, à 23 h. 50, pour métrorragies abondantes, apparues brusquement et sans douleur à la fin de sa deuxième gestation.

La première gestation a évolué normalement, mais l'accouchement qui eut lieu à Baudelocque en 1925, a été long et dystocique, du fait d'une sclérose cervicale consécutive à des cautérisations pour métrite (4 incisions du col suivies d'une application de forceps). Les suites de couches furent longues et fébriles, compliquées de multiples abcès du sein. La femme resta alitée cinq mois. L'enfant mourut à six semaines.

La gestation actuelle a évolué normalement.

*Examen à l'entrée* : D. R. 1<sup>er</sup>-3 janvier ; grossesse près du terme ; utérus régulièrement développé : H. U. 32 cm. Présentation céphalique, tête non engagée, dos à droite, auscultation positive. Au toucher : col fermé, dur et scléreux.

La femme a quelques douleurs et saigne peu. L'état général est satisfaisant, les urines sont normales. Le 15 septembre, à 15 heures, quelques douleurs apparaissent, de façon irrégulière, accompagnées de pertes sanguines légères ; le col est plus souple, mais n'est pas dilaté. Les bruits du cœur sont bons.

A 16 heures : l'hémorragie persiste : T. A. 10-7 1/2, pouls à 100.

A 18 heures : pouls à 88. Les contractions utérines douloureuses deviennent de plus en plus fortes et se répètent toutes les 5 minutes. Les bruits du cœur sont bons.

A 19 h. 15 : on fait un cc. de morphine ; les douleurs cessent.

A 22 heures : Examen du Docteur Cleisz : Col cicatriciel non dilaté. Femme ne saignant pas. Aucune nécessité d'intervenir.

Le 16, à 8 heures : temp. 37,2 ; pouls, 80 ; la femme a reposé toute la nuit ; quelques contractions espacées, avec légère hémorragie. Les bruits du cœur sont bons.

Au cours de la matinée et de l'après-midi, les contractions utérines se rapprochent ; elles s'accompagnent d'une hémorragie externe, assez abondante, de sang rouge et de caillots.

A 18 h. 30 : Examen du Docteur Ravina.

Tête bien d'aplomb au détroit supérieur, en voie d'engagement, et appuyant bien sur le col. Celui-ci est relativement souple, très différent de ce qu'il était lorsque la femme n'était pas en travail. La dilatation est de 0 fr. 50. Les b. d. c. sont bons mais se ralentissent (100 pulsations à la minute). Devant la souplesse relative de ce col, et l'intensité des contractions utérines, on considère que l'accouchement est possible, et on rompt les membranes pour arrêter l'hémorragie qui est importante et continue.

On se décide à rompre les membranes. L'hémorragie externe s'arrête, la dilatation augmente légèrement, mais les b.d.c. se ralentissent très rapidement, et passent en quelques m. de 80 à 60, puis disparaissent. A ce moment, la

L'hémorragie externe s'arrête, la dilatation augmente légèrement, mais les b. d. c. se ralentissent très rapidement, et passent en quelques m. de 80 à 60, puis disparaissent. A ce moment, la tête est encore haute, et la dilatation du col comme 2 fr. Mais les douleurs deviennent plus intenses et se rapprochent, la dilatation se complète rapidement,

L'hémorragie a cessé complètement, mais la femme reste pâle avec un pouls rapide à 120. Les contractions s'affaiblissent de plus en plus. On décide de terminer rapidement l'accouchement, par une application de forceps (sommet en O.I.D.A.), sous anesthésie légère au chloro (Docteur Ravina). Extraction d'une fille mort-née de 3.050 gr. Une assez grande quantité de sang et de caillots, s'écoule alors par la vulve. Il a donc persisté une hémorragie intra-utérine malgré la rupture des m. Le placenta est expulsé peu après spontanément. L'utérus reste un peu mou et se rétracte après injection d'ergotine et massages. Il persiste cependant un léger suintement sanguin.

Poids du placenta : 600 gr. Le petit côté des membranes mesure 4 cm.

Après l'accouchement on fait une injection sous-cutanée d'huile camphrée (10 cc.) et de sérum (1 litre). On surveille la femme, dont l'état général semble assez satisfaisant. Cependant, à 19 h. 30, elle continue à perdre, et on fait un tamponnement au filtrat ; mais l'état général s'aggrave rapidement, le pouls s'accélère et devient filant, le faciès s'altère. On pratique alors une transfusion de 350 grammes de sang, mais au cours de celle-ci, une syncope survient et la femme ne peut être ranimée malgré tous les soins.

## B. — DEUXIEME GROUPE

Méthodes obstétricales complémentaires de la rupture des membranes.

### 1° Ballon

*Observation n° 2 (n° 944-1929)*

RÉSUMÉ. — *IV<sup>e</sup> pare de 30 ans. — Hémorragies répétées au huitième mois de la gestation et au début du travail. — Etat général médiocre. . . Placenta marginal. — R.A. des m. : échec. — Application de deux ballons : succès. — Enfant : 2.050 grammes, décédé au cours du travail. — Infection puerpérale à type septicémique, avec localisation pulmonaire. — Mort le trente-cinquième jour.*

M<sup>me</sup> L... Albertine, âgée de 30 ans, est admise à la Mater-

nité le 18 mai 1929, à 9 h. 30, au début du neuvième mois de sa quatrième gestation, pour métrorragies.

Les trois gestations antérieures ont évolué normalement et se sont terminées par des accouchements spontanés à terme, d'enfants vivants, actuellement bien portants.

La gestation actuelle a évolué normalement, mais le 17 mai, la veille de l'entrée, est apparue brusquement, sans douleur, une métrorragie abondante qui s'est renouvelée le lendemain matin.

*Examen à l'entrée* : le 18 à 9 h. 30. D. R. : début octobre. Gros. de 8 mois environ.

Utérus régulièrement développé : H. U. : 30 cm.

Présentation céphalique : tête mobile au-dessus du D.S.  
— Ausc. positive. Pas de contraction utérine. Au toucher : col long, perméable.

L'état général est assez bon. Temp. : 37,4. Pouls : 104.

On essaie vainement de rompre les membranes.

A 12 h. Nouvelle hémorragie assez abondante, accompagnée de contractions utérines douloureuses.

La tête est toujours mobile. L'auscultation est négative. A ce moment, la dilatation est de 0 fr. 50. On rompt les membranes, et on introduit un ballon de Champetier de Ribes de 125 gr.

A 17 h., le ballon est repoussé dans le vagin, l'hémorragie persiste, la tête est toujours élevée et la dilatation de 2 fr. On pose un nouveau ballon de 300 gr.

A 22 h., le ballon est retiré, la tête est bien engagée, l'hémorragie a cessé, la dilatation est complète. Les contractions utérines sont régulières ; on fait pousser la femme.

A 23 h., accouchement spontané, d'un garçon mort-né, pesant 2.050 gr.

Une heure après, D.N. complète, pesant 330 gr. A ce moment la temp. est à 39,2, le pouls à 84.

Ex. du placenta : la face utérine présente une petite cupule consécutive à une hémorragie rétro-placentaire. Pas de petit côté des membranes.

Les suites de couches sont fébriles. En effet, dans les jours qui suivent, la temp. s'élève et se maintient entre 39 et 40, avec de larges oscillations, le pouls est faible et accéléré. L'état général s'aggrave progressivement au milieu de signes de grande infection puerpérale, à type septi-

cémique. Une hémoculture est positive au streptocoque, le 28 mai.

La thérapeutique consiste en injections intraveineuses de trypaflavine, transfusions répétées de sang, abcès de fixation, tonicardiaques. Entre le 27 mai et le 10 juin, on fait trois examens de sang qui montrent une diminution marquée du taux de l'hémoglobine, entre 40 et 55 0/0. Le nombre des globules rouges est très diminué entre 1.800.000 et 2.400.000. Le nombre des globules blancs est de 8.000. Il y a une anisocytose très marquée, mais pas d'hématies nucléées, ni d'éléments anormaux. Le dosage de l'urée sanguine donne 0 gr. 43 par litre. Le 17 juin, apparaît une dyspnée violente, accompagnée de toux quinteuse et d'expectoration jaunâtre. A l'examen de l'appareil pleuro-pulmonaire, on constate les signes d'un épanchement de la base droite remontant jusqu'à l'omoplate.

L'état général est très médiocre : gros amaigrissement, œdème généralisé au tronc, aux membres inférieurs. Hydartrose des genoux. Albuminurie. La tension artérielle est de 15-10.

Le traitement est continué sous forme de saignées, de transfusions, tonicardiaques. Le 21 juin, une ponction de la plèvre retire 450 gr. de liquide (?). La température descend le 22, à 37°, mais remonte le lendemain au-dessus de 40° et la mort survient le 24, au milieu des signes d'infection grave.

## 2° Version

### *Observation n° 3 (n° 2721-1925)*

RÉSUMÉ. — *VII<sup>e</sup> pare de 39 ans. — Ayant eu deux grossesses hémorragiques avec acc. prématuré. — Hémorragies répétées, abondantes, de la fin de la gestation et du début du travail. — Placenta marginal. — Rupt. large des memb. : succès. — Version de Braxton-Hicks pour présentation oblique associée. — Suites de couches fébriles. — Enfant vivant de 2.400 grammes.*

M<sup>me</sup> B... Aimée, âgée de 39 ans, est admise à la Maternité, le 28 novembre 1925, à 3 h. 30, pour métrorragies survenues à la fin de sa septième gestation. D'autres hémorragies assez abondantes, sont survenues dans le cours de la grossesse actuelle, aux deuxième, septième et huitième mois,

Fin octobre, une hémorragie abondante se produit inopinément la nuit, qui amène la malade une première fois dans le service, où elle reste en observation trois jours. De retour chez elle, elle y demeure constamment alitée.

Parmi les six gestations antérieures, la plupart anormales, trois d'entre elles ont été menées jusqu'au terme, mais l'une s'est terminée par un accouchement difficile qui a nécessité une application de forceps ; une autre était ectopique et fut traitée chirurgicalement. Enfin, deux autres se terminèrent par des accouchements prématurés hémorragiques vers le septième mois, qui furent vraisemblablement liés à une insertion vicieuse du placenta, et donnèrent naissance à deux enfants morts.

*Examen à l'entrée :* le 26 novembre, à 3 h. 30. D. R. : 15-18 février. Grossesse à terme. Présentation oblique. H. U. 32 cm. Ause. positive. Au toucher : l'excavation est vide, le col débiscant, les membranes inaccessibles. Etat d'anémie assez marqué, pouls à 100. Les urines sont normales.

On pratique immédiatement une version par manœuvres externes, suivie de l'application d'une ceinture eutocique.

L'hémorragie ayant presque cessé, la femme est mise en observation au dortoir, avec le diagnostic de placenta bas probable.

Le 28 novembre, à 19 h. 30, survient brusquement une hémorragie abondante, accompagnée de quelques contractions utérines douloureuses. Au toucher, le col est largement perméable, ce qui permet de sentir une languette placentaire obturant la moitié antérieure de son orifice. La femme est transportée immédiatement en salle de travail, où l'on pratique une rupture artificielle des membranes. L'hémorragie s'arrête, mais le fœtus étant en position transversale irréductible, on décide d'intervenir. Après anesthésie au chloro, on pratique une version par manœuvres mixtes (Braxton-Hicks) qui permet d'abaisser un pied. A ce moment, l'état d'anémie est assez important (pâleur et pouls à 92), les bruits du cœur du fœtus sont bons. Dans la nuit, les contractions utérines se succèdent régulièrement. L'hémorragie s'est arrêtée complètement.

Le 29 novembre, à 7 h., accouchement spontané d'un garçon pesant 2.400 gr., né en état de mort apparente, mais ranimé au bout de 20 minutes de soins.

Immédiatement après la sortie de l'enfant, la femme recommence à saigner : on pratique alors une délivrance artificielle, suivie de tamponnement intra-utérin au fillrat.

Le placenta pèse 500 gr. et s'insérait sur la face antérieure du segment inférieur, débordant légèrement sur le col. Dans les jours qui suivent, on fait trois autres tamponnements au fillrat. La temp. est légèrement oscillante autour de 38°. Le pouls est accéléré. Mais l'état général se relève progressivement, et la femme sort guérie de l'hôpital avec son enfant bien portant, vingt jours après son entrée.

*Observation n° 4 (n° 2079-1929)*

RÉSUMÉ. — *X<sup>e</sup> pare, âgée de 29 ans. — Six enfants vivants. — Hémorragie abondante, unique, de la fin de la gestation, ayant repris au début du travail. — Rupture spontanée des membranes, avant début du travail. — Placenta marginal. — Version à dilatation complète. — Enfant de 4.350 gr. mort pendant le travail. — Mort par septicémie puerpérale, le quinzième jour.*

M<sup>me</sup> L... Gabrielle, âgée de 29 ans, est admise à la Maternité à la fin de sa dixième gestation, le 14 novembre 1929, à 18 heures, pour pertes sanguines survenues spontanément dans la nuit du 13 au 14, et accompagnées de quelques douleurs lombaires. Aucune autre hémorragie. n'est survenue dans le cours de la grossesse qui, par ailleurs, a évolué normalement.

Parmi les neuf gestations antérieures, six ont été menées normalement à terme et se sont terminées par des accouchements spontanés, d'enfants actuellement vivants ; trois autres, ont été interrompues par des avortements de deux à quatre mois, dont un suivi de curetage.

*Examen à l'entrée* : D. R. 16-20 décembre 1928. Grossesse à terme ; utérus de forme irrégulière, la corne gauche étant plus développée. H.U. 34 cm.

Présentation céphalique ; tête mobile au-dessus du D S. Dos à gauche, ause. positive. Au toucher, l'excavation est vide, le col largement entr'ouvert, mais non effacé.

L'état général est assez satisfaisant, les urines sont normales.

La femme est mise en observation au dortoir ; l'hémorragie cède au repos. Le 27 novembre, à 10 heures, la poche

des eaux se rompt, un liquide teinté s'écoule. A l'examen la tête est toujours mobile, les bruits du cœur sont bons, la temp. est à 37,6. La femme accuse quelques légères contractions utérines douloureuses.

Le 28, à 0 h. 30, se produit une hémorragie abondante avec caillots ; la femme est transportée en salle de travail.

A 9 h. 30, la dilatation est de 5 francs ; on perçoit la masse placentaire qui obture la partie droite de l'orifice cervical ; la présentation est toujours très élevée, les b.d.e sont bons. Temp. 37,5. Pouls à 96.

A 10 h. 50, la dilatation est complète, l'écoulement sanguin persiste, mêlé de caillots. Le pouls est à 96. On décide d'intervenir immédiatement, et l'on pratique une version par manœuvres internes, qui amène les deux pieds à la vulve. L'auscultation à ce moment est négative. L'extraction est rendue difficile en raison de deux circulaires du tronc, et du relèvement des bras.

A 11 h. 45, naissance d'un garçon de 4.350 gr. (diamètre Bi-P = 10,2) qui n'a pu être ranimé. On fait immédiatement une délivrance artificielle, suivie de révision utérine et de tamponnement au filtrat.

Ex. du délivre : Placenta Duplex, pesant 750 gr. Insertion des membranes sur l'orifice utérin, insertion du cordon en raquette.

Le soir même la temp. est à 39, le pouls à 100. Les jours suivants, la temp. se maintient entre 39 et 40°, sous forme de légères oscillations, accompagnée de symptômes généraux d'infection grave, à type septicémique. Une hémoculture pratiquée le 11 décembre et positive au streptococque. Le décès survient dans l'hyperthermie, le 12 décembre, quinze jours après l'accouchement, malgré la thérapeutique habituelle des infections puerpérales graves (trois tamponnements au filtrat, tryptaflavine, septicémine, électrargol, sérum anti-streptococcique intraveineux).

#### *Observation n° 5 (n° 1733-1932)*

RÉSUMÉ. — V° pare de 28 ans. — *Hémorragies abondantes du sixième mois de la gestation et du début du travail (septième mois).* — *Placenta marginal.* — *R. A. des membranes : échec.* — *Version de Braxton-Hicks.* — *Syncope mortelle.* — *Enfant non extrait.*

M<sup>me</sup> V... Lucie, âgée de 28 ans, est admise dans le service, le 28 août 1932, pour métrorragies abondantes survenues brusquement, et sans douleur, au début du septième mois à sa cinquième gestation.

Toutes les gestations antérieures ont évolué normalement, et se sont terminées par des accouchements spontanés à terme, d'enfants vivants, actuellement bien portants, sauf la troisième, qui a été interrompue par un avortement au terme de 4 mois.

La malade est mise en observation au dorloir, avec le diagnostic de Placenta Proevia probable. L'hémorragie cède par le repos.

Le 24 septembre, à 19 h. 30, apparaît une nouvelle hémorragie accompagnée de légères contractions utérines. La femme est passée à la salle du travail.

*Examen* : D. R., 7 février 1932. Grossesse de 7 mois et demi env. Utérus de forme ovoïde. H.U. 23 cm.

Présentation céphalique, tête mobile et au-dessus du D. S. Dos à droite. Ausc. positive. Au toucher, le col est long, perméable, les membranes accessibles et intactes. L'état général est médiocre. Temp. 37°. Pouls 144. T.A. : 15-7 1/2, les urines sont normales.

On rompt les membranes. Quelques contractions apparaissent, mais la femme continue à saigner.

A 21 h., le col est effacé, dilatation entre 1 et 2 francs, le pouls est à 140. Devant la menace de l'hémorragie, on se décide à intervenir et, après anesthésie légère au chloro, et injections de caféine et d'huile camphrée, on essaie de pratiquer une version par manœuvres mixtes (Braxton-Hicks). Avant que l'évolution du fœtus soit accomplie, la femme fait brusquement une syncope : au bout de 10 minutes de soins (respiration artificielle, injection d'éther, huile camphrée, adrénaline intraveineuse, lobéline intracardiaque), la femme fait quelques mouvements respiratoires, mais malgré tous les efforts, elle ne peut être ramimée.

### 3° Méthode de Simpson

#### *Observation n° 6 (n° 2054-1932)*

RÉSUMÉ. — III<sup>e</sup> pare de 40 ans. — *Hémorragies répétées de la fin de la gestation et du début du travail.* — *Etat d'anémie grave avec shock.* — *Placenta recouvrant.* — *Hy-*

*dramnios aigu. — Manœuvre de Simpson et version podalique sur enfant mort avant le début du travail. — Phtébite double des suites de couches.*

M<sup>me</sup> D... Marie, tertipare de 40 ans, est admise dans le service le 14 novembre 1932, dans le cours du neuvième mois de sa gestation, avec le diagnostic de Placenta proe-via central.

Les deux gestations antérieures, ont évolué normalement et se sont terminées par des accouchements spontanés à terme, d'enfants vivants, actuellement bien portants, et âgés respectivement de 18 et 20 ans.

La gestation actuelle a évolué normalement, jusqu'au 14 octobre, date à laquelle est apparue brusquement, sans douleur, une hémorragie très abondante. La malade se plaint alors de céphalée, de bourdonnements d'oreilles, de troubles visuels ; elle présente en même temps de l'œdème des membres inférieurs, des mains et de la face. Les urines renferment de l'albumine. Le médecin consulté, ordonne un régime lacté strict, et le repos au lit. La femme constate cependant les jours suivants une augmentation assez rapide du volume de son abdomen, qui occasionne une certaine gêne respiratoire. Les métrorragies se répètent six ou sept fois, malgré le repos. Depuis la dernière, trois jours avant l'entrée dans le service, les mouvements actifs du fœtus ont disparu.

*Examen à l'entrée :* à son arrivée à l'hôpital, la femme a un faciès normal et un léger œdème des membres inférieurs, le pouls est bien frappé et régulier à 84. Temp. à 37°. Les urines sont troubles et renferment de l'albumine.

Ex. obstétrical : D.R. 20 février ; grossesse, 8 mois 1/2 environ. On est frappé par le volume démesuré de l'utérus (H.U. = 43 cm.), qui est dur, difficile à palper. On ne sent aucun pôle fœtal. L'auscultation est négative.

Au toucher, le col est effacé avec une dilatation entre 1 et 2 francs. Les membranes ne sont pas accessibles : le doigt tombe directement sur le placenta, qui obture complètement l'orifice cervical.

A 20 h. 30, la femme fait brusquement une hémorragie assez abondante et présente un état de shock : elle dit ne plus rien voir, et ne plus percevoir la lumière. On fait immédiatement, huile camphrée, caféine, spartéine, et on tente vainement de faire une transfusion.

A 21 h. 30, la dilatation étant de 5 francs, on décide d'intervenir immédiatement, par voie basse : le placenta entièrement recouvrant est arraché (manœuvre de Simpson). Une quantité très abondante de liquide amniotique clair s'écoule, environ 4 à 5 litres. On tombe alors sur un sommet, et l'on fait immédiatement une version podalique, qui extrait sans difficulté un garçon mort-né pesant 2.050 gr. Révision utérine, qui ramène quelques débris placentaires, injection intra-utérine iodo-alcoolisée, tamponnement sec. Injection sous-cutanée de 500 gr. de sérum glucosé. A la fin de l'intervention (23 h.) le pouls est à 100, la temp. à 37,8, la femme est très agitée.

Les suites de couches sont très fébriles. La temp. est élevée et se maintient aux environs de 39°, le pouls accéléré, entre 100 et 120. La région hypogastrique est douloureuse à la palpation. Les lochies sont fétides, les selles diarrhéiques, les urines sont troubles, mais il n'y a pas de pyurie.

Le traitement consiste en application de glace sur le ventre, injections de propidon (3,4 et 4 cc.), immuno-transfusion de 150 à 200 gr. tous les jours. Une hémoculture est faite le 23 novembre : elle est négative. Mais la température se maintient entre 38 et 39°. Le 11 décembre, la malade éprouve une sensation de pesanteur et de tension dans les deux mollets, qui sont douloureux à la palpation. On note une légère augmentation de volume des deux membres inférieurs, les jambes sont œdématisées et cyanosées. On immobilise immédiatement la malade, dans un lit Dupont. Les jours suivants, on note quelques crochets thermiques à 39°, le pouls est accéléré. Puis la température descend à 37°, le pouls restant rapide, autour de 100 pulsations.

Cependant, l'évolution de la phlébite est satisfaisante, l'état général s'améliore rapidement et la malade peut sortir de l'hôpital, le pouls et la température étant revenus à la normale, le 23 janvier.

#### 4° Méthode de Delmas

*Observation n° 7 (n° 1802-1929)*

RÉSUMÉ. — IV<sup>e</sup> pare de 32 ans. — Hémorragies de la gestation et du début du travail. — Etat général satisfaisant. — Placenta marginal. — Accouchement provoqué.

*suivant la méthode de Delmas. — Enfant vivant de 2.780 grammes. — Suites de couches normales.*

M<sup>me</sup> J... Louise, âgée de 32 ans, est admise à Saint-Antoine, le 10 octobre 1929, à 2 heures, pour métrorragies survenues à la fin de sa cinquième gestation. Les quatre gestations antérieures se sont terminées par des accouchements normaux, d'enfants vivants, actuellement bien portants. La gestation actuelle a évolué normalement jusqu'au sixième mois, où est apparue une métrorragie assez abondante ayant duré une journée.

Le 9 octobre, à 16 heures, apparaît brusquement une nouvelle hémorragie très abondante, qui se renouvelle à 22 heures, sans aucun signe de début de travail.

*Examen à l'entrée : D. R. le 1<sup>er</sup> février. Grossesse de huit mois environ.*

Utérus régulièrement développé ; H. U. : 29 cm.

Présentation céphalique, engagement effectué. Dôś à gauche. Ausc. positive. Au toucher, le col est perméable en voie d'effacement. La malade accuse quelques contractions utérines douloureuses. La température et le pouls sont normaux, les urines ne contiennent pas d'albumine.

Le 10, à 11 heures, la malade est examinée par le Professeur Delmas, qui a l'impression de sentir la masse placentaire au-devant de la présentation, et propose d'intervenir immédiatement.

Rachi-anesthésie (10 cgr. de scurocaïne), dilatation manuelle et version podalique, suivies de l'extraction immédiate d'un garçon vivant pesant 2.580 gr.

Délivrance naturelle et complète pesant 400 gr. Les membranes s'insèrent sur l'orifice utérin. Les suites de couches sont normales : sortie, le dixième jour.

#### *Observation n° 8 (n° 718-1930)*

RÉSUMÉ. — *Primipare de 20 ans. — Hémorragie abondante du début du travail. — Etat général bon. — Placenta marginal. — Accouchement provoqué suivant la méthode de Delmas. — Déchirure du col. — Enfant vivant de 3.180 grammes. — Suites de couches normales.*

M<sup>me</sup> D... Fernande, âgée de 20 ans, est admise à la Maternité de Saint-Antoine, le 14 mai 1930, pour métrorragie survenue à la fin de sa première gestation.

La gestation a été suivie à la consultation et a évolué normalement. Le 14, à 13 h. 30, est apparue brusquement une hémorragie très abondante, accompagnée de douleurs lombaires.

*Examen à l'entrée* : D. R., 1<sup>er</sup>-5 septembre 1929. Grossesse, 8 mois 1/2 environ. Utérus régulièrement développé : H. U. 32 cm. Présentation céphalique. Engagement effectué. Dos à gauche. Auscultation positive. Au toucher, le col est long, perméable, le bassin paraît normal.

L'état général est bon ; temp. 37. Pouls 76 T. A. : 16-10 ; urines légèrement troubles.

L'hémorragie diminue au cours de la nuit, mais persiste cependant sous forme de suintement continu.

Le 15, à 11 h. 30, la malade continue à perdre, mais l'état général est bon, les b.d.c. normaux.

Le col est effacé, mais la dilatation est nulle. Le Professeur Delmas examine la malade et propose d'intervenir immédiatement.

Rachi à la scurocaïne. Dilatation manuelle. Version podalique et extraction immédiate d'un garçon vivant pesant 3.180 grammes. Aussitôt après l'intervention, on constate une déchirure du col qui remonte jusqu'à l'insertion vaginale.

Délivrance spontanée immédiate et complète. Placenta pesant 700 grammes. Insertion des membranes sur l'orifice utérin.

Déchirure superficielle du périnée, suturée immédiatement (1 crin). A la fin de l'intervention, temp. à 37,3. Pouls à 88.

Les suites de couches sont légèrement fébriles, la malade sort guérie, avec son enfant bien portant, douze jours après l'accouchement.

#### *Observation n° 9 (n° 1649-1930)*

RÉSUMÉ. — *II<sup>e</sup> pare de 29 ans. — Hémorragies répétées de la gestation et du début du travail. — Etat d'anémie grave. — Placenta centro-partiel. — Accouchement provoqué suivant la méthode de Delmas. — Enfant vivant, de 3.700. — Suites de couches très fébriles.*

M<sup>me</sup> L... Suzanne, est admise à la Maternité, le 10 octobre 1930, à 2 h. 45, pour métrorragies survenues au début du neuvième mois de sa deuxième gestation.

La première gestation s'est terminée par un accouchement prématuré au terme de six mois. Depuis deux ans, la malade est soignée pour une métrite hémorragique.

La gestation actuelle, a évolué normalement jusqu'au huitième mois, dans le cours duquel trois hémorragies assez abondantes ont apparu sans douleur, et ont cédé au repos.

*Examen à l'entrée* : D. R. 5 janvier ; grossesse de 8 mois et demi environ ; utérus régulièrement développé, avec léger excès de liquide. H. U. 43 cm.

Présentation céphalique, tête mobile au-dessus du D. S. Dos à gauche. Ausc. positive. Au toucher, le col est long, fermé, le bassin paraît normal.

L'état général est bon. La temp. et le pouls sont normaux, les urines ne renferment pas d'albumine. La femme est mise en observation au dortoir.

Le 28 octobre, au matin, la femme présente une hémorragie assez abondante avec caillots, qui dure quelques instants.

A 20 heures, l'hémorragie reprend plus abondante, accompagnée de quelques contractions utérines douloureuses. A l'examen, la tête est toujours mobile, le col est effacé et dilaté comme 2 francs, les membranes sont accessibles et paraissent rugueuses.

A 21 h. 30, l'hémorragie persiste, le pouls s'accélère, les b. d. c. du fœtus sont rapides et irréguliers. La dilatation est entre 5 francs et petite paume. Le placenta recouvre une partie de l'orifice cervical.

L'hémorragie persistant, et l'état général commençant à s'altérer, on décide d'intervenir immédiatement. Rachi à la scurocaïne, dilatation manuelle, et version podalique suivie d'extraction immédiate d'une fille vivante pesant 3.700 gr.

Délivrance artificielle, extraction du placenta pesant 590 grammes. Revision utérine suivie de tamponnement au filtrat. Episiotomie : 4 crins. Périnée : 1 crin.

Après l'intervention, l'état général est encore médiocre. On fait une transfusion de 500 gr. de sang. Les suites de couches sont fébriles. Le tamponnement est renouvelé deux fois. La température s'élève progressivement à 39°, le pouls s'accélère jusqu'à 120. On trouve à l'examen une lymphangite mammaire avec adénopathie axillaire, quel-

ques râles de bronchite. Etat général très touché. La température se maintient très élevée, sous forme de larges oscillations, mais à partir du 6 décembre, tout rentre dans l'ordre et la femme sort guérie, avec son enfant bien portant, un mois après son accouchement.

## C. — TROISIEME GROUPE

Méthodes chirurgicales.

### 1° Césarienne corporeale

*Observation n° 10 (n° 2153-1925)*

RÉSUMÉ. — *III<sup>e</sup> pare. — Hémorragies répétées de la gestation et du début du travail. — Etat général médiocre. — Souffrance fœtale. — Placenta recouvrant. — Césarienne haute conservatrice au début du travail. — Enfant vivant, 3.750 grammes.*

M<sup>me</sup> C... est amenée d'urgence à la Maternité le 16 août à 9 heures pour métrorragies survenues à la fin de sa troisième gestation.

Les deux gestations antérieures ont évolué normalement et se sont terminées par des accouchements spontanés à terme, d'enfants vivants.

La gestation actuelle a évolué normalement jusqu'au septième mois où se produisit une première perte hémorragique, de faible abondance.

Le 16 août, à 7 heures, survient brusquement sans prodromes, une hémorragie utérine très abondante, accompagnée de symptômes généraux alarmants : shock, syncopes répétées, pouls faible et accéléré. A 9 heures, survient une autre hémorragie notable, sans aucune contraction utérine douloureuse.

*Examen à l'entrée* : D.R. 8 novembre. Grossesse à terme. Présentation céphalique mobile. Les b.d.c. fœtal sont sourds et ralentis.

Au toucher on constate une dilatation de 2 fr. Le segment inférieur paraît dur, distendu. Les membranes sont inaccessibles.

On remonte la malade par des injections de sérum, d'huile camphrée et on la met au repos.

A 11 heures, la femme continue à perdre, et s'affaiblit de plus en plus. Les b.d.c. fœtal deviennent irréguliers. Il n'y a pas de contractions utérines douloureuses : on décide d'intervenir immédiatement par voie haute.

Césarienne haute conservatrice classique. Extraction d'une fille pesant 3.750 grammes ranimée au bout de dix minutes de soins. Extraction d'un placenta pesant 710 grammes, dont l'insertion, presque centrale, recouvre le segment inférieur. Suture de l'utérus à la grosse soie. Fermeture de la paroi en trois plans.

Les suites opératoires furent excellentes : sortie de la mère et de l'enfant le vingt-deuxième jour, en parfait état.

*Observation n° 11 (n° 2790-1925)*

RÉSUMÉ. — *IV<sup>e</sup> pare de 40 ans. — Hémorragies de la fin de la gestation abondantes et répétées. — Etat général médiocre. — Placenta ? — Césarienne haute conservatrice avant début du travail. — Suites opératoires fébriles. — Enfant vivant, de 3.390 grammes.*

M<sup>me</sup> D..., âgée de 40 ans, est admise dans le service, le 3 décembre 1925, pour métrorragies abondantes survenues à la fin de sa quatrième gestation.

Les trois gestations antérieures ont évolué normalement et se sont terminées par des accouchements spontanés à terme, d'enfants vivants.

La gestation actuelle a évolué sans incident jusqu'au 2 décembre, où brusquement survient dans la journée une hémorragie abondante et indolore ; celle-ci persiste pendant la nuit sous forme de suintement continu.

*Examen à l'entrée* : D. R., 26 février. Grossesse à terme. Présentation céphalique, tête mobile au-dessus du D. S. Ausc. positive. Au toucher : col long, fermé. Les urines sont normales. La femme ne saigne plus, mais est très anémiée : on lui fait des injections d'huile camphrée, de 500 grammes de sérum sous la peau, et on la met en observation au dortoir.

Le 7 décembre, nouvelle hémorragie abondante sans douleur. A l'examen, la tête est toujours élevée, l'ausc. est positive, le pôle inférieur est inaccessible. On se décide à intervenir avant le début du travail, en raison de la ré-

pétition des hémorragies, de l'état d'anémie et de l'âge de la femme.

A 11 heures, césarienne haute conservatrice classique. Anesthésie à l'éther. Suture utérine en deux plans. Paroi en trois plans. Fille vivante pesant 3.390 gr. Placenta pesant 450 gr. Insertion sur le segment inférieur (?).

Les suites opératoires sont fébriles. La temp. s'élève à 40° et s'y maintient quelques jours sous forme de légères oscillations. Puis elle redescend progressivement à la normale. Sortie de la malade et de son enfant, en excellent état, seize jours après l'intervention.

*Observation n° 12 (n° 61-1926)*

RÉSUMÉ. — *IV<sup>e</sup> pare de 43 ans. — Hémorragies répétées et abondantes de la gestation et du début du travail. — Etat général médiocre. — Présentation de l'épaule négligée. — Placenta recouvrant. — Césarienne haute conservatrice au début du travail. — Enfant vivant, 2.920 gr. — Suites opératoires fébriles.*

M<sup>me</sup> B..., âgée de 43 ans, entre à la Maternité le 3 janvier 1926 pour métrorragies survenues dans le cours du neuvième mois de sa quatrième gestation.

Les deux premières gestations ont été menées normalement jusqu'au terme, et se sont terminées par des accouchements spontanés, d'enfants vivants, décédés secondairement, l'un de convulsions à huit jours, l'autre de scarlatine à un mois (?).

La troisième gestation a évolué normalement, mais une crise d'éclampsie a éclaté pendant l'accouchement. Cependant naissance d'un enfant vivant, actuellement bien portant.

La gestation actuelle semble avoir évolué normalement jusque dans la nuit du 2 au 3 janvier, où une hémorragie très abondante apparaît brusquement sans douleur.

*Examen à l'entrée :* D. R. 12-20 avril. Grossesse 8 mois environ. Le fœtus est en position transversale, la tête dans la fosse iliaque droite. L'auscultation est positive. Au toucher, le col est long, fermé. Les urines sont normales. L'hémorragie a cessé.

On pratique immédiatement une version par manœu-

vres externes et l'on maintient la position longitudinale du fœtus, par une ceinture eulocique.

Le 10 janvier, à 23 h. 15, apparaissent les premières contractions utérines douloureuses, qui s'accompagnent d'une hémorragie très abondante. A l'examen, on constate que la présentation de l'épaule s'est reproduite. La dilatation est de 1 franc ; le placenta obture complètement l'orifice cervical.

On relève immédiatement l'état général de la malade par des injections de sérum et d'huile camphrée, et l'on se décide à intervenir immédiatement par voie haute, en raison de la présentation transversale du fœtus, de l'insertion recouvrante du placenta, de l'âge avancé de la parturiente et de son état d'anémie.

Le 11 janvier, à 0 h. 30, césarienne haute conservatrice.

Incision sus et sous-ombilicale. Le segment inférieur très distendu sur la face antérieure, est très mince et pâle. Incision médiane corporéale. Extraction d'un garçon criant presque aussitôt. Le placenta recouvre l'orifice du col ainsi que le toucher l'avait montré, mais il est surtout inséré sur la face antérieure du segment inférieur. Décollement difficile du placenta, qui est particulièrement adhérent : celui-ci enlevé, on constate en effet que le segment inférieur est d'une minceur extrême. Suture utérine en deux plans, paroi abdominale en trois plans. Enfant, 2.920 gr. Délivrance naturelle complète, 550 gr.

Les suites opératoires furent fébriles. La température se maintenant entre 38 et 39° sous forme de légères oscillations, pendant une huitaine de jours. Cependant tout rentre dans l'ordre et la femme, en excellent état, sort avec son enfant de l'hôpital, vingt-trois jours après l'intervention.

#### *Observation n° 13 (n° 484-1926)*

RÉSUMÉ. — *Primipare âgée de 37 ans. — Hémorragies répétées de la fin de la gestation et du début du travail. — Etat général médiocre. — Placenta recouvrant. — Césarienne corporéale conservatrice. — Enfant vivant de 3.280 grammes. — Suites opératoires fébriles.*

M<sup>me</sup> B... Ida, âgée de 37 ans, est admise à la Maternité, le 27 mars, à 2 h. 30, pour métrorragies très abondantes,

survenues brusquement et sans douleur, à la fin de la deuxième gestation.

Sa première gestation a été interrompue par un avortement au terme de trois mois.

La gestation actuelle a évolué normalement jusqu'à ces jours derniers, où quelques pertes rougeâtres ont apparu, qui ont cédé au repos.

*Examen à l'entrée* : D. R. 10 juin. Grossesse à terme. Utérus de forme ovoïde. Présentation céphalique très mobile. Dos à gauche. Enfant vivant. Au toucher, la présentation n'est pas accessible, le col est déhiscent et le doigt tombe sur des cotylédons. Les urines sont légèrement troubles.

On ne note pas de contractions utérines douloureuses, mais l'hémorragie persiste sous forme de suintement continu.

A 11 h. 30, on constate que les b.d.c. du fœtus sont sourds et ralentis, l'état général est médiocre : la temp. à 38,2, le pouls à 120. On se décide à intervenir immédiatement par voie haute. Sur la table d'opération, la femme perd encore abondamment. On fait très rapidement une césarienne corporéale conservatrice qui permet d'extraire un garçon vivant, pesant 3 kil. 280. Le placenta s'insère sur le segment inférieur, et recouvre l'orifice cervical (poids 500 gr.). Réfection de la paroi utérine en deux plans. Réfection de la paroi abdominale en trois plans. Les suites opératoires sont fébriles, la temp. se maintenant assez longtemps entre 38 et 39°, mais elle descend progressivement et la femme sort bien portante avec son enfant, trente-huit jours après l'intervention.

#### *Observation n° 14 (n° 854-1926)*

RÉSUMÉ. — *Primipare âgée de 33 ans. — Hémorragies très abondantes de la fin de la gestation. — Etat général médiocre. — Placenta marginal. — Césarienne haute conservatrice avant le début du travail. — Suites opératoires fébriles. — Enfant vivant de 2.480 grammes.*

M<sup>me</sup> S..., âgée de 33 ans, est admise dans le service le 20 mai 1926, à 11 h. 35, pour métrorragie très abondante survenue à la fin de sa première gestation. La grossesse avait évolué normalement jusqu'à ce jour.

*Examen à l'entrée* : D. R. 8 août (?). Grossesse paraissant près du terme. Présentation céphalique, tête très élevée mobile. Ausc. positive. Au toucher, le col est long, fermé. La temp. est à 37,6. L'état général est très médiocre. L'anémie marquée. En raison de l'âge avancé de la malade, de la primiparité, on se décide à intervenir immédiatement par voie haute, avant le début du travail.

Césarienne corporéale conservatrice. Anesthésie : somnifène intraveineux (8 cc.), et quelques bouffées de chloro. Laparotomie sus et sous-ombilicale médiane, extériorisation et incision médiane de l'utérus. Extraction d'un garçon vivant pesant 2.480 gr. Extraction d'un placenta qui est marginal (480 gr.). Nettoyage utérin par compresses, tamponnement au filtrat. Suture de l'utérus en 2 plans. Suture de la paroi en trois plans.

Une artériole donne abondamment à la face postérieure du muscle Grand-Droit gauche ; on met un faisceau de crin.

Comme le col n'est pas ouvert, on retire la mèche du tamponnement par une incision vaginale à l'aide d'une grande pince à pansements.

Les suites opératoires sont sub-fébriles. La température qui s'est élevée à 39° les jours suivants, redescend progressivement, et la femme sort en bon état avec son enfant, vingt-deux jours après l'intervention.

#### *Observation n° 15 (n° 1586-1927)*

RÉSUMÉ. — *Primipare âgée de 35 ans. — Hémorragies répétées abondantes de la fin de la gestation et du début du travail. — Anémie moyenne. — Malformation utérine. — Placenta marginal. — Césarienne haute conservatrice. — Enfants de 3.480 grammes vivant. — Suites opératoires normales.*

M<sup>me</sup> C... Anna, âgée de 35 ans, est admise à la Maternité le 26 septembre 1927, pour métrorragies survenues au cours du neuvième mois de sa première gestation.

Une première hémorragie utérine était survenue, vers le troisième mois de la gestation.

*Examen à l'entrée* : D. R. le 26-30 décembre 1926. Grossesse, 8 mois et demi environ. Utérus cordiforme. Présentation céphalique très élevée. Ausc. positive. Le col est long,

fermé, le bassin paraît normal. Les urines ne renferment pas d'albumine. La femme est placée en observation au dortoir, avec le diagnostic de Placenta proevia probable.

Le 30 septembre, à 19 heures, apparaissent quelques contractions utérines douloureuses, accompagnées d'une nouvelle hémorragie abondante. On constate au toucher une dilatation de 0,50, les membranes sont accessibles et intactes.

On se décide à intervenir immédiatement par voie haute, en raison des difficultés de travail à craindre, chez une primipare âgée ayant une malformation utérine.

Césarienne haute conservatrice.

Laparotomie médiane sus et sous-ombilicale. Extériorisation de l'utérus et incision du fond. Extraction d'une fille vivante, ayant crié aussitôt, pesant 3.480 grammes. Décollement pénible et extraction d'un placenta, inséré sur le segment inférieur, côté droit, pesant 640 grammes. Hémorragie utérine abondante (injections d'hypohyse). Suture de la paroi utérine en deux plans. Fermeture de la paroi abdominale en trois plans.

Le lendemain de l'intervention, la temp. s'élève à 38,6 et s'y maintient pendant trois jours ; le pouls est très accéléré entre 120 et 140, la T. A. est de 10-6. Le troisième jour, la T.A. est remontée à 8-12, la temp. descend à 37, le pouls à 80. L'état général est très satisfaisant. Sortie de la mère et de l'enfant, vingt-deux jours après l'intervention.

#### *Observation n° 16 (n° 1709-1929)*

RÉSUMÉ. — *Secondipare de 28 ans. — Hémorragies abondantes et répétées de la gestation et du début du travail. — Etat général médiocre. — Placenta latéral. — Césarienne corporéale au début du travail. — Enfant vivant de 2.820 grammes. — Suites opératoires excellentes.*

M<sup>me</sup> F..., âgée de 28 ans, est admise dans le service, le 5 septembre 1929, pour pertes sanguines survenues à la fin de sa deuxième gestation.

La première gestation a évolué normalement et s'est terminée par un accouchement spontané à terme d'un enfant vivant actuellement bien portant.

La gestation actuelle a été suivie à la consultation, où l'on a décelé quelques traces d'albumine dans les urines.

Deux hémorragies sont apparues dans le cours de la gestation ; l'une à 3 mois  $1/2$ , très abondante, qui a duré quinze jours, l'autre à 5 mois, peu abondante. Huit jours avant l'entrée, une nouvelle hémorragie est apparue brusquement la nuit, et persiste depuis sous forme de suintement continu.

*Examen à l'entrée* : D. R. 9-13 décembre 1928. Grossesse près du terme. Utérus régulièrement développé : H. U. 31 cm. Présentation céphalique : tête mobile au-dessus du D. S. Dos à gauche. Ausc. positive. Au toucher : le col est court et entr'ouvert. Les urines sont normales.

La malade est mise en observation au dortoir : l'hémorragie cède au repos.

Le 24 septembre, à 18 h. 50, survient une nouvelle hémorragie très abondante, la temp. est à 38, le pouls accéléré à 100. On note quelques contractions utérines, mais la dilatation est nulle. On décide d'intervenir immédiatement par voie haute. Césarienne corporéale conservatrice classique. Extraction d'une fille vivante pesant 2.820 gr. Délivrance immédiate et complète pesant 510 gr.

Le petit côté des membranes mesure 1 cm. Suture de la paroi utérine en deux plans. Paroi abdominale en trois plans.

Les suites opératoires sont apyrétiques.

Sortie de la mère et de l'enfant en bon état, vingt-six jours après l'intervention.

## 2° Césarienne basse

*Observation n° 17 (n° 1462-1928)*

RÉSUMÉ. — *Primipare âgée de 33 ans. — Phlébite au sixième mois de la grossesse. — Hémorragie abondante au huitième mois de la gestation. — Utérus fibromateux. — Césarienne basse conservatrice avant début du travail. — Enfant vivant de 2.600 grammes, décédé au bout de 48 heures. — Nouvelle phlébite des suites de couches, à début embolique. — Guérison au bout de cinq mois.*

M<sup>me</sup> B.... Yvonne, primipare, âgée de 33 ans, est admise à la Maternité à la fin du sixième mois de sa première gestation, le 6 juillet 1928, pour des douleurs ressenties au niveau du membre inférieur gauche.

Au quatrième mois de sa gestation, elle a été hospitalisée une première fois dans le Service, pendant quinze jours, pour douleurs abdominales ; et l'on fit à ce moment le diagnostic d'utérus fibromateux.

*Examen à l'entrée :* D. R. 5-10 janvier. Grossesse six mois 1/2 environ. Utérus régulièrement développé mais présentant trois noyaux fibreux, du volume d'un œuf de pigeon, qui gênent la palpation. H. U. 30 cm. Présentation longitudinale. Tête mobile au-dessus du D. S. Dos à gauche. Ausc. positive. Au toucher : le col est fermé, le bassin paraît normal. Les urines ne renferment pas d'albumine. La femme est mise en observation au dortoir.

Les jours suivants, on constate une douleur vive au niveau du mollet ; le membre inférieur gauche est oedématisé, la température est normale, mais le pouls est accéléré. On immobilise le membre, et la phlébite évolue d'une façon satisfaisante. Le 28 août, à 15 heures, une hémorragie abondante survient brusquement, sans douleur, la dilatation est nulle et devant la menace d'un Placenta proevia probable, on décide, en raison du risque lié à l'existence de la phlébite du membre inférieur gauche, de l'état fibromateux de l'utérus, et de l'âge avancé de la parturiente, d'intervenir immédiatement par voie haute.

Césarienne basse. Anesthésie allyl intraveineux et chloroforme.

Laparotomie sous et un peu sus-ombilicale. Incision du péritoine au niveau du cul-de-sac vésico-utérin. Rabattement du lambeau supérieur en haut. Section verticale du lambeau inférieur, empiétant de 2 à 3 cm. sur le corps utérin. Extraction laborieuse par forceps et expression, d'un garçon vivant, pesant 2.600 gr., ranimé au bout de 20 minutes de soins. Placenta pesant 430 gr. Insertion ? Suture du segment inférieur par points séparés à la soie. Surjet au catgut du tissu sous-péritonéal. Rabattement de la vessie en haut et suture en paletot du feuillet péritonéal. Pari en trois plans.

Dans l'après-midi, la malade est agitée. L'enfant fait des accès de cyanose (aspiration des mucosités, oxygène, frictions mercurielles). Nouveaux accès le lendemain et décès.

Les suites opératoires sont fébriles, la température s'élève et se maintient entre 38 et 39°, le pouls est accéléré.

Le 10 septembre, la température s'élève au-dessus de 39°, le pouls est très rapide. Le malade accuse un violent point de côté thoracique, sous le mamelon droit, avec dyspnée et expectoration hémoptoïque. A l'examen, on trouve les signes d'un infarctus du poumon droit. Le membre inférieur droit qui est œdématié, est immobilisé immédiatement. Une amélioration nette est constatée les jours suivants, mais le 19 septembre, se produit un nouvel infarctus pulmonaire, à gauche, cette fois. La température se maintient élevée pendant quelques jours, le pouls est accéléré, mais l'état général s'amende progressivement. Cependant, les courbes de la température et du pouls demeurent très irrégulières et l'immobilisation est maintenue pendant très longtemps.

La malade sort guérie le 19 janvier 1929, quatre mois et demi après l'intervention.

*Observation n° 18 (n° 950-1930)*

RÉSUMÉ. — *Ve* pare, âgée de 26 ans. — Hémorragies abondantes du début du travail. — Etat général bon. — Présentation transversale. — Placenta recouvrant. — Césarienne basse conservatrice au début du travail. — Enfant vivant de 3.200 grammes.

M<sup>me</sup> D... Valentine, âgée de 26 ans, est admise d'urgence à la Maternité, le 20 juin 1930, à 7 h. 30, pour métrorragies abondantes, survenues à la fin de sa cinquième gestation.

Les quatre gestations antérieures se sont terminées par des accouchements spontanés à terme, d'enfants vivants, actuellement bien portants.

La grossesse actuelle a évolué normalement.

*Examen à l'entrée* : D. R. 15 août 1929. Grossesse à terme. Présentation transversale : tête dans la fosse iliaque gauche. Dos en travers. Ausc. positive. Au toucher le col est long, mais perméable. A travers l'orifice, on perçoit la masse placentaire qui semble entièrement recouvrante. Les membranes sont inaccessibles. Urines normales.

A 10 heures, quelques contractions utérines apparaissent, et expulsent de gros caillots. A ce moment la dilatation est de 1 fr. Temp. 37,4, pouls 84. L'état général est excellent. On décide cependant d'intervenir immédiatement par voie haute, en raison de l'insertion recouvrante

du placenta, et de l'attitude transversale du fœtus, au début du travail.

Césarienne basse conservatrice classique. Extraction d'une fille vivante de 3.200 grammes. Extraction d'un placenta de 650 gr., dont l'insertion sur le segment inférieur recouvre entièrement l'orifice cervical. Les suites opératoires sont apyrétiques. Sorti de la mère et de l'enfant, en bon état, dix-neuf jours après l'intervention.

*Observation n° 19 (n° 1205-1930)*

RÉSUMÉ. — *III<sup>e</sup> pare de 26 ans. — Deux avortements antérieurs. — Hémorragies abondantes du début du travail. — Etat général médiocre. — Placenta ? — Césarienne basse conservatrice au début du travail. — Enfant vivant de 4.420 grammes.*

M<sup>me</sup> Z... Liliane, âgée de 26 ans, est admise d'urgence à la Maternité, le 8 août 1930, pour métrorragie abondante survenue brusquement et sans douleur, à la fin de sa troisième gestation.

Les deux gestations antérieures ont été interrompues par des avortements, au terme de deux et trois mois.

La gestation actuelle a évolué normalement.

*Examen à l'entrée :* D. R., 31 octobre. Grossesse à terme. Utérus de forme ovoïde. H. U. 33 cm. Présentation céphalique, la tête est mobile au-dessus du D. S. Dos à gauche. Ausc. positive. Au toucher : le col est en voie d'effacement, le bassin paraît normal. Les urines ne renferment pas d'albumine.

Les pertes sanguines sont très abondantes. L'état général médiocre.

On décide d'intervenir immédiatement. Césarienne basse conservatrice classique. Extraction d'un garçon vivant pesant 4.420 grammes. Délivrance immédiate et complète pesant 900 grammes.

Les suites opératoires sont apyrétiques. La mère et l'enfant sortent en bon état, vingt jours après l'intervention.

*Observation n° 20 (n° 963-1931)*

RÉSUMÉ. — *III<sup>e</sup> pare de 26 ans, n'ayant pas d'enfant vivant. — Hémorragies répétées et abondantes de la fin de la gestation. — Etat général médiocre. — Placenta recou-*

*vrant. — Césarienne basse conservatrice au début du travail. — Enfant vivant pesant 2.990 grammes.*

M<sup>me</sup> M... Reine, âgée de 26 ans, est admise d'urgence à la Maternité le 21 avril 1934, à 21 h. 30, pour pertes sanguines abondantes survenues brusquement et sans douleur, au septième mois de sa troisième gestation.

La première gestation a été interrompue par un avortement, au terme de cinq mois environ. La deuxième a évolué normalement, mais s'est terminée par un accouchement dystocique, en raison d'une présentation de l'épaule, qui nécessita une version podalique. L'enfant était mort à la naissance.

La gestation actuelle a été suivie à la consultation, où une version par manœuvres externes, a été faite pour présentation transversale.

*Examen à l'entrée : D. R., 31 août-3 septembre 1930.* Grossesse de 7 mois environ. Présentation céphalique, tête mobile au-dessus du D. S. Ausc. positive. Au toucher, le col est fermé, le bassin paraît normal.

La temp. est à 37°, le pouls à 100. L'état général est bon, mais les urines renferment un peu d'albumine. La femme est mise en observation au dortoir, où elle suit un régime déchloruré. L'hémorragie cède au repos.

Le 28 mai, à 4 heures, nouvelle hémorragie brusque, indolore, assez abondante, qui se répète le 2 juin à 23 h. 30. A ce moment, la tête est encore très élevée au-dessus du D. S. Le col est effacé, perméable ; on peut facilement sentir le placenta à travers l'orifice cervical. L'hémorragie persiste sous forme de suintement continu. On décide alors, en raison des hémorragies précédentes, et du travail peu avancé de l'élévation et de la mobilité de la présentation, d'intervenir immédiatement par voie haute. Temp. 37,2. Pouls 90.

Césarienne supra symphysaire sous anesthésie au bal-soforme. Le segment inférieur est à peine formé, et l'incision empiète un peu sur le corps utérin. Extraction par forceps, d'un garçon vivant pesant 2.900 grammes. Extraction du placenta pesant 530 gr. et dont l'insertion sur le segment inférieur, recouvre l'orifice cervical. Suture en deux plans de la paroi utérine. Hémorragie en nappe : le sang laisse sur les compresses un cerne rosé, et n'a aucune tendance à la coagulation. Arrêt de l'hémorragie par capi-

tonnage, et suture des deux lèvres du péritoine vésico-utérin. Réfection de la paroi abdominale en deux plans. Une transfusion de 700 grammes de sang est pratiquée immédiatement après l'intervention. Les suites opératoires sont excellentes, et la femme sort guérie, avec son enfant bien portant, vingt jours après l'intervention.

*Observation n° 21 (n° 2305-1932)*

RÉSUMÉ. — *Primipare âgée de 44 ans. — Hémorragies abondantes et répétées de la fin de la gestation. — Etat général médiocre. — Présentation élevée. — Placenta recouvrant. — Césarienne basse conservatrice avant début du travail. — Fille vivante pesant 3.570 grammes. — Septicémie suraiguë et mort le quatrième jour.*

M<sup>me</sup> G... Céline, âgée de 44 ans, est admise d'urgence à la Maternité, le 25 décembre 1932, à 13 heures, pour métrorragie abondante, survenue, brusquement et sans douleur, à la fin de sa deuxième gestation.

La gestation antérieure (1931) s'est terminée par un accouchement prématuré au terme de 6 mois 1/2, qui a été suivi de curettage.

La gestation actuelle a évolué normalement.

*Examen à l'entrée* : D. R. 21-24 mars. Grossesse à terme. Utérus de forme ovoïde. H. U. 32 cm., Présentation céphalique, tête mobile au-dessus du D. S. Dos à gauche. Ausc. positive. Au toucher, le col est long perméable, les membranes ne sont pas accessibles. Le bassin paraît normal.

L'état général est bon ; temp. 37,4 ; pouls ? T. A. 15 1/2-10 Les urines ne renferment pas d'albumine.

Le 26, à 8 heures, la température est à 38°. L'hémorragie persiste, sous forme de saignement continu. Il n'y a pas de contractions utérines. On décide alors, en raison de la primiparité et de l'âge avancé de la femme, de l'élévation et de la mobilité de la présentation, de l'insertion recouvrante probable, d'intervenir immédiatement par voie haute.

Césarienne basse conservatrice, sous anesthésie au bal-soforme : pour Placenta proevia central (docteur Lévy-Solal). Incision sous-ombilicale médiane. Incision transversale du péritoine viscéral, et décollement du cul-de-sac

vésico-utérin. Section du segment intérieur, extraction par les pieds d'une fille vivante pesant 3.570 gr. Extraction d'un placenta pesant 600 gr. (insertion ?). Suture de l'utérus en deux plans. Péritonisation. Fermeture de la paroi en trois plans.

Une transfusion sanguine est faite immédiatement après l'intervention. Les suites opératoires sont très fébriles. La température s'élève rapidement à 40°, le pouls est très accéléré, dépassant 140, l'état général profondément altéré. La mort survient le quatrième jour, au milieu des signes d'une infection suraiguë à caractère septicémique.

### 3° Hystérectomie

*Observation n° 22 (n° 82-1926)*

RÉSUMÉ. — *II<sup>e</sup> pare de 26 ans. — Hémorragie abondante du début du travail. — Placenta marginal. — Présentation de l'épaule négligée. — Rupture de la poche des eaux 18 heures avant l'intervention. — Tentatives infructueuses de version (Braxton-Hicks) et d'application de ballon. — Césarienne corporéale suivie d'hystérectomie. — Enfant vivant, 2.900 grammes, décédé secondairement. — Suites opératoires bonnes.*

Mme P... Jeanne, âgée de 26 ans, est admise à la Maternité, le 31 décembre, à 1 heure, à la fin de sa deuxième gestation.

La première gestation a évolué normalement et s'est terminée par l'accouchement spontané à terme, d'un enfant vivant, actuellement bien portant.

La gestation actuelle, a évolué sans incident. Les premières contractions utérines douloureuses ont été ressenties la veille à 10 heures, accompagnées de pertes sanguines peu abondantes. La poche des eaux s'est rompue spontanément.

*Examen à l'entrée* : D. R. : en mars. Grossesse près du terme. Utérus développé transversalement. La tête est dans la fosse iliaque droite, le dos en avant. L'auscultation est positive. Au toucher, le col est long, légèrement entr'ouvert, la présentation inaccessible.

La température est à 37°, le pouls bien frappé à 80, les urines sont normales.

Une tentative de version par manœuvres externes est infructueuse ; on n'insiste pas, étant donné l'état de contracture utérine. On surveille la femme, et l'on attend pour intervenir, que cet état de contracture s'atténue.

Vers 3 h. 30, les contractions utérines sont faibles, le placenta inséré marginalement, affleure l'orifice en avant et à droite. La femme continuant à saigner, on décide de faire une version par manœuvres mixtes, qui est infructueuse : les deux mains tombent en avant de la présentation. On essaie alors, de placer un ballon de 450 gr. mais il est expulsé immédiatement.

On se décide finalement à intervenir par voie haute ; l'état général est bon, température 36,5, pouls 72.

Césarienne corporéale classique suivie d'hystérectomie. Anesthésie : Allyl intraveineux 5 cc. et chloroforme. Laparotomie sus et sous-ombilicale médiane : extériorisation de l'utérus, et incision du fond. Extraction d'un enfant vivant, pesant 2.900 gr. et d'un placenta de 600 gr., inséré sur le segment inférieur (petit côté des membranes : 1 cm.).

Hystérectomie subtotal. Section du segment inférieur, fermeture par surjet. Péritonisation. Fermeture de la paroi en 3 plans.

Dans les suites opératoires, apparaissent quelques crises délirantes et un léger ictère (il s'agit d'une femme éthylique). Cependant, la température et le pouls reviennent assez rapidement à la normale, et la femme peut sortir le douzième jour.

L'enfant a succombé quelques heures après sa naissance.

#### *Observation n° 23 (n° 791-1927)*

RÉSUMÉ. — *Primipare âgée de 25 ans. — Hémorragies répétées de la gestation et du début du travail. — Etat général médiocre. — Placenta central. — Césarienne corporéale conservatrice au début du travail. — Enfant vivant de 2.700 gr. — Hystérectomie secondaire pour hémorragie des suites de couches. — Guérison.*

M<sup>me</sup> M... Berthe, âgée de 25 ans, est admise à la Maternité le 17 mai 1927, à 2 h. 30, pour métrorragie survenue à la fin du huitième mois de sa première gestation. D'autres hémorragies d'abondance moyenne, sont survenues

au cours du sixième, septième, huitième mois de la gestation. Peu avant l'entrée, une nouvelle hémorragie est apparue brusquement, très abondante et indolore.

*Examen à l'entrée* : D. R. 12-16 septembre. Grossesse de 8 mois environ. Utérus cordiforme. Présentation céphalique tête mobile au-dessus du D. S. Dos à droite. Auscultation positive. Au toucher : la présentation est inaccessible ; le col est entr'ouvert, on arrive sur une masse molle, qui obture l'orifice. Le bassin est normal.

Il n'y a pas de contractions utérines, la femme ne saigne plus, son état général est bon : température 37,5, pouls 38, les urines sont normales. La malade est mise au repos (morphine, lavements, laudanisés).

Le 18 mai, à 20 heures, apparaissent quelques contractions, avec légères pertes sanguines. Le 20 mai, à 17 h. 30, les contractions réapparaissent, accompagnées d'une hémorragie assez abondante, avec état d'anémie marqué.

La température est à 37,5, le pouls est à 120.

En raison des hémorragies répétées antérieures, de l'insertion recouvrante du placenta, de l'état peu avancé du travail, on se décide à intervenir immédiatement par voie haute.

Césarienne corporéale classique, sous anesthésie au somnifère intraveineux (7 cc.) et au chloroforme.

Incision médiane sus et sous-ombilicale. Extériorisation de l'utérus, et incision du fond. Extraction d'un garçon, pesant 2.700 gr., ranimé au bout de quelques minutes de soins. Extraction du placenta pesant 450 gr., qui s'insère sur le segment inférieur, obturant l'orifice cervical. Suture de la paroi utérine, par points séparés à la soie. Surjet péritonéal. Réfection de la paroi en 3 plans.

Les suites opératoires sont fébriles : les jours suivants, la température se maintient autour de 38°, avec de faibles oscillations ; le pouls est aux environs de 100.

A partir du neuvième jour, apparaissent des métrorragies assez abondantes et répétées. La température est à peu près normale, mais le pouls est très accéléré et faible, et l'anémie inquiétante. L'hystérectomie est décidée, elle a lieu le 2 juin.

Incision sous-ombilicale de la cicatrice récente. Hystérectomie. Pas de péritonisation. Mikulicz avec deux mèches. Fermeture de la paroi en un plan, au fil d'argent.

Les jours suivants, la température s'élève et se maintient pendant 3 jours entre 39 et 40°, avec de larges oscillations. Le pouls est accéléré autour de 120, l'état général est médiocre. On fait une hémoculture qui est négative.

A partir du 13 juin, les signes s'amendent, et l'ingestion quotidienne de foie de veau, améliore progressivement l'état d'anémie.

La femme sort guérie, avec son enfant bien portant, le 4 juillet.

---



## CONCLUSIONS

Les Observations d'hémorragies par insertion basse du placenta, recueillies à la Maternité de Saint-Antoine, de 1925 à 1932, sont au nombre de 81.

1° La simple rupture artificielle des membranes, a été pratiquée à l'exclusion de tout autre procédé, dans 27 cas, répondant aux conditions anatomiques et cliniques que nous avons définies (état général satisfaisant, accessibilité des membranes du pôle inférieur de l'œuf). Les résultats ont été bons pour les mères ; pour les enfants, ils ont été aussi satisfaisants, qu'un traitement obstétrical pouvait le faire espérer.

2° Les méthodes obstétricales complémentaires de la rupture des membranes (version et ballon) ont été utilisées dans 40 cas. Les résultats obtenus pour les mères ont montré que ces procédés sont efficaces, contre le danger d'anémie, mais ils exposent à un risque important d'infection. Les résultats obtenus pour les enfants sont franchement mauvais, même pour ceux qui étaient parvenus à la maturité.

3° Les méthodes chirurgicales ont été utilisées dans 14 cas. Les indications du traitement chirurgical ont été tirées de la gravité de l'anémie, soit isolée, soit associée à une infection ovulaire ou à une dystocie mécanique. Toutes les femmes opérées étaient arrivées au terme de leur gestation.

Les résultats obtenus pour les mères, montrent que les opérations conservatrices, ne donnent pas une sécurité très large contre le danger d'infection. L'hystérectomie est le procédé de sécurité : elle assure une hémostase définitive, et donne la meilleure garantie contre le risque d'infection.

Dans l'ensemble les méthodes chirurgicales ont donné des résultats satisfaisants pour les mères, et excellents pour les enfants.

4° La transfusion de sang, apporte une aide précieuse, dans tous les cas graves.

Vu : *Le Doyen,*  
BALTHAZARD

Vu : *Le Président de Thèse,*  
M. COUVELAIRE

Vu et permis d'imprimer :  
*Le Recteur de l'Académie de Paris,*  
CHARLETY.

# RÉSULTATS COMPARÉS

## DES

### TRAITEMENTS OBSTÉTRICAL ET CHIRURGICAL

#### I.— Résultats du Traitement obstétrical (en nombre) POUR LA MÈRE

| GUÉRISON<br>sans incident | MORBIDITÉ | MORTALITÉ PAR |           |
|---------------------------|-----------|---------------|-----------|
|                           |           | Hémorragie    | Infection |
| <b>45</b>                 | <b>22</b> | <b>2</b>      | <b>2</b>  |

Morbidité globale naturelle  
32,83 %

Mortalité globale naturelle  
5,97 %

#### POUR LES ENFANTS

Mortalité globale immédiate  
68,35 %

Mortalité réelle : Enfants de plus de 2000 gr.  
vivants au moment du traitement ; 47,22 %

#### II.— Résultats du traitement chirurgical.

|                                  | NOMBRE | MÈRES    |           |           | ENFANTS |         |
|----------------------------------|--------|----------|-----------|-----------|---------|---------|
|                                  |        | Guérison | Morbidité | Mortalité | Vivants | Décédés |
| a) Césarienne<br>corporelle . .  | 8      | 6        | 2         | 0         | 8       | 0       |
| b) Césarienne<br>basse . . . . . | 5      | 3        | 2         | 1         | 4       | 1       |
| c) Hystérectomie . .             | 1      | —        | 1         | —         | —       | 1       |
| TOTAL . .                        | 14     | 9        | 5         | 1         | 12      | 2       |

#### CAUSES

##### DE LA MORTALITÉ MATERNELLE

par hémorragie : 0  
par infection : 1

Mortalité globale maternelle : 7,8 %

##### DE LA MORBIDITÉ MATERNELLE

Phlébite : 1  
Hémorragie des suites de couches : 1

Morbidité globale maternelle : 35,7 %

#### MORTALITÉ FŒTALE

Mortalité globale immédiate = Mortalité réelle = 14,2 %

#### PARTICULARITÉS : Transfusions

avec le trait obstétrical ; 14 sur 67

avec le trait chirurgical ; 2 sur 14



## BIBLIOGRAPHIE

---

- ABD EL NOUR. — Les Méfaits du Tamponnement Vaginal, dans le Placenta Prævia, démontrés par les Statistiques. *Thèse de Paris*, 1895.
- AUVARD. — De la conduite à tenir dans les cas de placenta prævia. *Thèse d'agrégation, Paris*, 1886.
- BALARD. — Une série continue de 48 hémorragies par placenta prævia (Traitement obstétrical et chirurgical). *Revue Fr. Gyn. et Obst.*, 1932, n° 6.
- BAR. — Traitement chirurgical des hémorragies de la grossesses, de l'accouchement et de la délivrance. *Soc. d'Obst. et Gyn. de Paris*, juillet 1912.
- BARNES (Robert). — *Lancet* 1847 (In Thèse agrégation Auvard, p. 76).
- BICHARA. — Le traitement du Pl. Pr. par le procédé de Delmas. *Thèse Montpellier* 1930.
- BONNAIRE. — Placenta prævia hémorragique et accouchement méthodiquement rapide. *Presse Médicale*, 14 août 1897.
- BRAXTON-HICKS. — *Traus. of London obst. soc.*, 1864, p. 219.  
Le Pl. Pr. et son traitement. *Jour. Méd. de Paris*, 1891, p. 44.
- BRINDEAU. — A propos d'un cas d'opération césarienne pour pl. pr. Communication à la *Soc. d'Obst. Gyn.*, 1921, t. IV, p. 58.
- BRINDEAU et BAILLIS. — Un cas de pl. pr. traité par la méthode de Delmas; mort. *Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, Paris, 1930, p. 225.
- BUCSAN. — Contribution à l'étude du traitement des hémorragies par insertion basse du placenta. *Thèse Paris*, 1928.

CLEISZ. — Deux cas de pl. pr. avec hémostase à la Simpson.  
*Soc. Obst. et Gyn.*, Paris, déc. 1923.

COUVELAIRE. — A propos du traitement des hémorragies par insertion vicieuse du placenta. *Ann. Gyn. et Obst.*, août 1911, p. 210.

— Traitement chirurgical des hémorragies par décollement du placenta normalement et vicieusement inséré. *Ann. Gyn. et Obst.*, 1912, pp. 539-558 (Rapport au Congrès international de Gynécologie et d'Obstétrique de Berlin, 1912).

— Indication de l'opération césarienne conservatrice par voie abdominale, en dehors des rétrécissements du bassin. *Gyn. et Obst.* 1921, t. IV, pp. 358-370 (Rapport au Congrès de l'Association des Gynécologues et Obstétriciens de langue française. Octobre 1921).

— Le traitement des hémorragies par insertion vicieuse du placenta. *Pratique Médicale Française*, avril 1932.

DEVRAIGNE et PRIOLLET. — Deux accouchements à la Delmas pour insertion basse du placenta. *Bull. Soc. Obst. Gyn.* 1930,, p. 410.

JEANNIN. — Comment on doit traiter actuellement le placenta prævia. *Journ. des Accoucheuses*, juin 1931.

KRONIG. — Zur behandlung der Pl. pr. *Zentb für Gyn.*, 1908, n° 46, p. 1497.

LABUSQUIERE. — Revue générale : Les hémorragies par I. V. P. De la meilleure manière de les combattre d'après deux Maîtres de l'Obstétrique française. *Ann. Gyn. et Obst.*, 1896, p. 60.

LACOMME. — Sur les hémorragies par I. V. P. *Revue Méd. Française*, 1930, p. 345.

LE LORIER. — Des hémorragies gravidiques par suite d'I. V. P. *Leçon Clinique Baudelocque*, 1924.

LEVY-SOLAL. — Le mécanisme de la mort par hémorragie. *Presse Médicale*, 1929, p. 600.

— Le choc obstétrical. *Presse Médicale*, 1932.

MAYER (Maurice). — Contribution à l'étude du traitement du Placenta prævia. Etude des cas observés à la Clinique Baudelocque de 1920 à 1931. *Thèse Paris* 1932.

MOUCHOTTE. — Doit-on recourir à l'opération césarienne pour traiter les hémorragies dues à l'I. V. P.? *Ann. Gyn. et Obst.*, 1910, p. 213.

PINARD. — Des hémorragies causées par l'insertion vicieuse du placenta et de leur traitement. *Bull. Méd.*, 1896, p. 315.

— Hémorragie par insertion vicieuse du placenta sur le segment inférieur. Mort de la femme. *Revue Mat. Obst. et Péd.*, 1910, p. 33.

SELLHEIM. — Les dangers des accouchements naturels dans les pl. pr. et leur diminution par la césarienne extra-péritonéale. *Zbl. f. Gyn.*, 1908, p. 1297.

— L'Hémostase pendant le travail dans le Pl. pr. *Gyn. Rundschau*, 1909, p. 61.

TZANCK. — La pathogénie de la mort par hémorragie. *Presse Médicale*, nov. 1929, p. 600.

— Traitement des hémorragies graves. *Comptes rendus Acad. des Sciences*, janvier 1930, p. 226 (avec Charrier).

— La transfusion sanguine. *Bull. Soc. Nat. Chirurgie*, 1931, p. 676.

---



## TABLE DES MATIÈRES

---

|                           |    |
|---------------------------|----|
| <i>Introduction</i> ..... | 11 |
|---------------------------|----|

### PREMIERE PARTIE

#### *Etude statistique des Observations*

|                                                                                                                                                                    |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Chapitre I <sup>er</sup> : Résultats globaux .....                                                                                                                 | 15 |
| Chapitre II : Premier groupe d'observations : Hémorragies traitées par la rupture artificielle des membranes .....                                                 | 20 |
| Chapitre III : Deuxième groupe d'observations : Hémorragies traitées par les méthodes obstétricales complémentaires de la rupture artificielle des membranes ..... | 30 |
| Chapitre IV : Troisième groupe d'observations : Hémorragies traitées par les méthodes chirurgicales.....                                                           | 51 |

### DEUXIEME PARTIE :

#### *Etude critique des résultats*

|                                                                                  |    |
|----------------------------------------------------------------------------------|----|
| Chapitre I <sup>er</sup> : Valeur de la rupture artificielle des membranes ..... | 65 |
| Chapitre II : Valeur des méthodes obstétricales complémentaires .....            | 69 |
| Chapitre III : Valeur des méthodes chirurgicales.....                            | 73 |

### TROISIEME<sup>e</sup> PARTIE

|                        |     |
|------------------------|-----|
| Les Observations ..... | 85  |
| Conclusions .....      | 117 |
| Bibliographie .....    | 121 |









